

Année 1909

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 juillet 1909, à 1 heure

Par M. LÉON VOUTERS

Né à Comines (Nord), le 19 juin 1879
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

SUR

L'AGNOSIE TACTILE

Hospice de la Salpêtrière. — Travail du service du professeur Dejerine.

Président : M. DEJERINE, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur

LABBÉ MARCEL, } *agréés.*
SICARD, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909

Année 1909

THÈSE

N°

413

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 juillet 1909, à 1 heure

Par M. LÉON VOUTERS

Né à Comines (Nord), le 19 juin 1879

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

SUR

L'AGNOSIE TACTILE

Hospice de la Salpêtrière. — Travail du service du professeur Dejerine.

Président : M. DEJERINE, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur

LABBÉ MARCEL, } *agregés.*
SICARD, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.		
Professeurs	MM.		
Anatomie.....	NICOLAS.		
Physiologie.....	Ch. RICHET.		
Physique médicale.....	GARIEL.		
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD		
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD		
Pathologie médicale.....	DEJERINE.		
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.		
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE		
Histologie.....	MARIE (PIERRE).		
Opérations et appareils.....	PRENANT		
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.		
Thérapeutique.....	POUCHET.		
Hygiène.....	GILBERT.		
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT		
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD.		
	ROGER.		
	HAYEM.		
Clinique médicale.....	DIEULAFOY.		
	DEBOVE.		
	LANDOUZY.		
	HUTINEL		
Clinique des maladies des enfants.....	BALLET (GILBERT)		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	GAUCHER.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.		
Clinique des maladies du système nerveux.....	QUENU.		
	RECLUS		
Clinique chirurgicale.....	SEGOND.		
	DELBET.		
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE		
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.		
	PINARD.		
Clinique d'accouchements.....	BAR.		
	RIBEMONT-DESSAIGNES.		
Clinique gynécologique.....	POZZI.		
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.		
Clinique thérapeutique.....	ROBIN.		
Agrégés en exercice.			
MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD.	DEMEIN.	LECÈNE.	OMBRÉDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RÉNON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Sécrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur DEJERINE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555821_0026

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LILLE

- M. le docteur VALIN (*in memoriam*). Hôpital de la Charité, 1897-1898.
- M. le docteur DERVILLE (*in memoriam*). Hôpital de la Charité, 1897-1898.
- M. le professeur DURET. Hôpital de la Charité, 1898-1899.
- M. le professeur DESPLATS. Hôpital de la Charité, 1899-1900.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Externat.

- M. le docteur MOSNY. Hôtel-Dieu annexe, 1902-1903.
- M. le professeur agrégé DUPRÉ. Hôtel-Dieu annexe, 1902-1903.
- M. le docteur DARIER. Hôpital de la Pitié, 1903-1904.

Internat provisoire, 1904-1905.

- M. le professeur agrégé THIROLOIX. Maison Chardon-Lagache.
- M. le docteur Jules RENAUT. Hôpital Trousseau.
- M. le docteur ENRIQUEZ. Hôtel-Dieu.

Internat.

- M. le docteur MUSELIER. Hôtel-Dieu, 1905-1906.
- M. le docteur COURTOIS-SUFFIT. Maison Dubois, 1906-1907.
- M. le professeur agrégé DUPRÉ. Maison La Rochefoucauld, 1907-1908.
- M. le professeur agrégé JEANSELME. Hôpital Broca, 1908-1909.
- M. le professeur DEJERINE. Hospice de la Salpêtrière, 1908-1909.

MM. les docteurs SICARD, professeur agrégé, DECLoux, LÉON BERNARD,
Louis FOURNIER, HALLÉ, médecins des hôpitaux.

MM. les docteurs AUDISTÈRE, CIVATTE, ANDRÉ-THOMAS.

M. le professeur agrégé LECÈNE, chirurgien des hôpitaux.

MM. les docteurs ESMONET et CROUZON.

M. le professeur agrégé POTOCKI, accoucheur des hôpitaux.

A MES MAITRES DES LABORATOIRES

M. le professeur AUGIER, à Lille.

M. le professeur agrégé MACAIGNE, médecin des hôpitaux, M. le docteur
RATHERY, médecin des hôpitaux, M. le docteur AUBERTIN, M. le doc-
teur PAUTRIER, au laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux.

M. le docteur JOLLY, au laboratoire du Collège de France.

CHAPITRE PREMIER

I

Il n'entre pas dans l'esprit médical d'aimer à dissenter sur l'objectivité du monde extérieur, ou sur la réalité d'un moi subjectif, un dans l'espace et dans le temps. Il n'y a rien, dans nos moyens d'investigation, qui puisse apporter à ces jeux psychologiques une solution satisfaisante. Il faut pourtant, en pratique, admettre, à titre acquis, ces deux affirmations si, comme on sait, elles constituent la base indispensable à toute étude ultérieure.

Au centre des phénomènes, l'homme acquiert progressivement la connaissance du monde objectif. Suivant un mécanisme toujours identique (excitation périphérique transmise au récepteur central), l'activité sensorielle collectionne les signes élémentaires (sensations) qui vont servir à l'édification des symboles représentatifs. L'activité psychique travaille alors sur les données fournies par l'activité sensorielle. Elle associe, dans un premier temps, les sensations fournies par un même sens : c'est l'association primaire, association sensorielle, ou perception simple. Elle associe, dans un second temps, les perceptions fournies par les divers sens : c'est l'association secondaire, association intellectuelle, ou perception complexe, aboutissant à la constitution mentale de l'objet. Elle emmagasine enfin la connaissance acquise, associable, dans un troisième temps, aux autres représentations, passées, actuelles ou futures du monde objectif.

Aussi, quand un objet, ayant mêmes qualités, excitera les sens à la périphérie, serait-il reconnu pour semblable au premier, parce qu'il déclanchera le même système évolutif, où les processus corticaux (sensations, perceptions simples, perceptions complexes), superposables aux processus corticaux antérieurement fixés dans la mémoire, uniront les mêmes excitations périphériques à la même représentation centrale.

On réserve à l'acte ainsi décrit les noms de reconnaissance ou d'identification : il consiste, en effet, à identifier les caractères primordiaux d'un objet à connaître aux caractères primordiaux d'un objet connu, fixé dans la mémoire, à titre catégorique, par l'expérience antérieure.

Comme à la connaissance initiale, il va sans dire qu'il faut lui reconnaître deux temps. Au premier temps, la superposition des perceptions simples (association des sensations fournies par un même sens) aboutit à l'identification primaire ou reconnaissance sensorielle. Au second temps, la superposition des perceptions complexes (association des perceptions fournies par divers sens) aboutit à l'identification secondaire, ou reconnaissance intellectuelle, significative de l'objet.

Mais, à mesure que la répétition d'identifications successives a fixé plus minutieusement un même objet dans la mémoire, on conçoit qu'il ait progressivement fallu moins d'éléments effectifs au cerveau pour opérer la synthèse évocatrice. Si bien qu'en dernière analyse il suffit au sujet qu'il ait à sa disposition quelques rares sensations, souvent mal colligées, d'entre celles qu'un seul sens peut lui fournir, pour qu'il arrive sans effort à la représentation mentale complète de l'objet, dans sa signification et dans ses rapports avec les autres représentations du monde extérieur. On en peut donner, comme exemple inconscient, l'identification rapide et sûre d'un objet qu'on découvre en explorant ses poches.

Quelques sensations, actuellement fournies par un seul

sens, ont suffi pour évoquer d'autres sensations, actuellement absentes, mais antérieurement fournies par le même sens — c'est l'identification primaire ou reconnaissance des seules qualités élémentaires, sans reconnaissance de l'objet : ainsi dans la reconnaissance tactile, une forme plate et ronde.

A son tour, la perception simple ainsi constituée a suffi pour évoquer d'autres perceptions simples, actuellement absentes, mais antérieurement fournies par d'autres sens — c'est l'identification secondaire, ou reconnaissance intégrale de l'objet : ainsi, dans la reconnaissance tactile, une montre, avec les associations symboliques qu'un tel objet peut évoquer.

Il va sans dire qu'il n'y a pas autre chose qu'un schéma grossier dans un aussi bref exposé : la réalité est autrement complexe.

En fait, entre l'identification primitive et l'identification définitive, l'esprit parcourt une série continue d'identifications successives, où chaque identification, dans son travail associatif, utilise à ses fins l'identification précédente.

Dans l'identification facile, il court à si vive allure qu'il semble brûler la plupart des étapes, simple apparence, en réalité, car il peut, s'il revient sur ses pas, trouver sa trace à chaque relai. Dans la reconnaissance familière, inconsciente ou subconsciente, il arrive toutefois qu'une identification puisse enjamber l'autre ; l'identification secondaire vient en aide à l'identification primaire ; ainsi, dans la reconnaissance tactile, il est vraisemblable qu'un objet usuel est reconnu dans sa signification, avant qu'il ait été nettement reconnu dans sa forme. Il semble alors que l'esprit ait deviné, au moins autant qu'il n'a perçu.

Dans l'identification difficile, au contraire, il s'arrête à chaque étape, où l'attention s'attache à colliger des sensations individuellement plus parfaites et collectivement plus nombreuses : ainsi, dans la reconnaissance tactile, fait-il rendre à l'objet tout ce qu'il peut donner, poids, dimensions, forme ou température.

II

Ayant associé, pour aboutir aux idées représentatives, les symboles représentatifs d'un monde objectivement concret, l'homme a symbolisé les idées représentatives pour arriver au langage. Ainsi l'activité sensorio-psychique travaille, non seulement sur des signes, mais encore sur des signes de signes, transmissibles, et plus facilement évocables.

Au même titre qu'il faut identifier les premiers pour évoquer la signification d'un phénomène objectif, il faut identifier les seconds pour évoquer la signification du langage extérieur. Objective ou verbale, l'excitation périphérique déclenche un système identificateur à pareille évolution vers la reconnaissance intégrale : par l'œil ou par l'oreille, l'identification primaire aboutit à la reconnaissance sensorielle, et l'identification secondaire à la reconnaissance intellectuelle du langage écrit ou parlé.

III

On voit qu'en résumé, la reconnaissance associe les signes d'une analyse actuelle aux signes emmagasinés par l'analyse antérieure. C'est une analyse, amplifiée par la mémoire, où s'actualise à nouveau notre expérience passée. Elle consiste essentiellement à faire prévoir le tout d'après la partie, si bien qu'en définitive elle aboutit à l'hypothèse.

Dans la série transformatrice où s'élabore la perception complète, il peut arriver qu'un transformateur soit faussé. Il apparaît aussitôt, dans le mécanisme identificateur, un trouble, à localisation variable suivant les cas, mais à conséquence identique : l'identification joue à faux, ou même à vide. On réserve à ces troubles pathologiques le nom d'identification pathologique ou troubles de l'identification.

On conçoit qu'un sujet identifie mal ou n'identifie pas tel objet ou tel mot :

Soit qu'il ait mal pris d'eux connaissance antérieure : il y a là simple ignorance, il n'y saurait avoir trouble de l'identification — on ne reconnaît bien que ce qu'on a bien appris à connaître.

Soit qu'un trouble à siège périphérique, tronculaire ou central s'oppose à la collection, à la transmission ou à la sensation régulières de l'excitation extérieure.

Soit qu'un trouble spécialisé s'oppose au jeu régulier du cerveau dans l'association des sensations en perceptions simples, ou des perceptions simples en perceptions complexes.

Soit, enfin, qu'un trouble généralisé s'oppose au jeu régulier des fonctions cérébrales : dans la désagrégation, temporaire ou progressive, d'un édifice intellectuel (confusion mentale, paralysie générale, démence sénile, etc...), si l'identification s'écroule, c'est, non qu'elle ait reçu quelque injure spéciale, mais qu'elle participe à la ruine étendue des multiples facultés (association, mémoire, jugement, raisonnement, etc...) dont l'harmonie délicate et complexe conditionne son fonctionnement normal.

Aussi faut-il réduire aux seuls troubles spécialisés du mécanisme identificateur la pathologie de l'identification.

C'est à ces altérations dans la reconnaissance des objets (*agnosies objectives ou agnosies vraies*) ou dans la reconnaissance des mots (*agnosies verbales ou aphasies sensorielles*), qu'on a réservé le nom général d'*agnosies*.

Quand, au sens vulgaire, un objet ou un mot n'a pas été reconnu, l'*agnosie* peut ressortir à la perte de l'identification primaire ou sensorielle (*agnosies primaires*) ou à la perte de l'identification secondaire ou intellectuelle (*agnosies secondaires*).

L'*agnosie primaire* apparaît dans la reconnaissance sensorielle des objets (*agnosies* au sens étroit où le mot doit être employé) ou dans la reconnaissance sensorielle des mots (*aphasies sensorielles pures* : Dejerine).

L'*agnosie secondaire* apparaît dans la reconnaissance intel-

lectuelle des objets (*asymbolies*) ou dans la reconnaissance intellectuelle des mots (*aphasies sensorielles* : Wernicke).

L'*agnosie objective* ressortit :

1° Tantôt à l'altération simultanée de la reconnaissance sur les territoires sensoriels importants, elle conduit alors à perdre le sens de l'usage pratique des objets les plus familiers ancienne apraxie de Gogol, Kussmaul, Allen Starr — parapraxie par agnosie de Liepmann) (1).

2° Tantôt à l'altération de la reconnaissance sur un seul territoire sensoriel.

Soit qu'elle porte sur l'identification primaire ou sensorielle (*agnosies vraies* optique, acoustique ou tactile, par cécité, surdité, ou anesthésie d'origine périphérique, tronculaire, intra-centrale, ou surtout corticale).

Soit qu'elle porte sur l'identification secondaire ou intellectuelle (*asymbolies* optique, acoustique, ou tactile « discutable » dites cécité, surdité ou anesthésie « discutable », psychiques).

L'*agnosie verbale* ou *aphasie sensorielle* prédomine sur l'un ou l'autre sens.

Soit qu'elle porte sur l'identification primaire ou sensorielle (*cécité ou surdité verbales pures*, toujours nettement isolées).

Soit qu'elle porte sur l'identification secondaire ou intellectuelle (*cécité ou surdité verbales communes*, souvent plus ou moins associées).

Il apparaît assez clairement à quel mécanisme essentiel ressortit l'*agnosie secondaire* ; à tout considérer on s'aperçoit qu'il n'en va pas tout à fait ainsi pour l'*agnosie primaire*.

(1) Au sens nouveau où l'entend Liepmann, l'apraxie vraie ressortit à des troubles psychiques indépendants de l'agnosie : troubles psychiques purs si le malade n'arrive pas à synthétiser vers l'acte unique des idées de but partielles normalement constituées (apraxie idéatoire) — trouble psychomoteur si le malade, assez analogue à l'aphasique moteur, n'arrive pas à traduire en mouvement l'acte qu'il s'est nettement proposé (apraxie motrice).

Si l'identification primaire, en effet, se réduit, en définitive, à l'association synthétique en perception simple des sensations élémentaires apportées par un même sens, c'est, *a priori*, tantôt à l'apport sensoriel insuffisant, ou défectueux, ou dysélectif des sensations premières, tantôt au travail incorrect exécuté sur un apport exact et régulier, qu'il faut rapporter la fausseté, l'insuffisance, ou la nullité des perceptions simples. Ainsi quand un métier rend un mauvais tissu, vérifie-t-on d'une part les fils qu'il utilise, en nombre comme en qualité, mais d'autre part aussi la façon dont il fonctionne, et les enrayages survenus.

Dès lors on voit qu'il faut, schématiquement au moins, scinder l'agnosie primaire : *agnosie primaire de collection* par imperfection des sensations mal acquises, *agnosie primaire d'élaboration* par imparfaite association des sensations normales et normalement collectées.

On peut résumer, dans un tableau récapitulatif, les définitions qui précèdent. (*Voir tableau page suivante.*)

Il apparaît aussitôt qu'on a volontairement sauté l'*aphasie tactile*, malgré les discussions auxquelles elle a donné lieu : c'est qu'il faut rapporter à l'asymbolie tactile, si toutefois elle existe, tout ce qu'on a rapporté jusqu'à présent sur l'aphasie tactile. Il faut en effet réserver le terme d'aphasie aux seuls troubles du langage (au sens large : *facultas signatrix* de Kant). On ne saurait donc parler d'aphasie tactile qu'au seul cas où, sans trouble de la sensibilité périphérique, *pour l'aphasie sensorielle*, un aveugle aurait isolément perdu la faculté de comprendre, au bout du doigt, l'écriture en relief — *pour l'aphasie motrice*, un sujet aurait perdu l'unique adaptation du mot à l'objet qu'il aurait, à la seule palpation, reconnu dans son intégrité.

A bien considérer le tableau qui précède, on s'apercevra facilement qu'il faut ramener les agnosies (au sens large du mot) à deux catégories (troubles de l'identification primaire, troubles de l'identification secondaire), assez différentes en-

tre elles, mais qui englobent chacune un ensemble de troubles entre lesquels on peut établir des concordances.

Les troubles de l'identification primaire ressortissent, en somme, à la même altération pathologique, différenciée dans sa seule expression, suivant qu'elle altère la reconnaissance sensorielle d'un objet concret ou d'un mot conventionnel ; suivant aussi qu'elle altère, dans ces deux séries analogues, la fonction visuelle, auditive ou tactile.

Il en va pareillement des troubles de l'identification secondaire au cours de la reconnaissance intellectuelle.

On saisira d'ailleurs ces concordances d'une façon plus saisissante à consulter le tableau qui suit :

		Vue	Ouïe	Tact
		—	—	—
Agnosies	pri- maires	Agnosie vraie.	Cécité corticale = Surdité corti-cale	= <i>Anesthésie corticale.</i>
	secon- daires.	Aphasie sensorielle pure.	Cécité verbale = Surdité verbale pure.	
	secon- daires.	Asymbolie.	Cécité psychi-que = Surdité psychi-que.	= <i>Asymbolie tactile (discutable).</i>
		Aphasie sensorielle commune.	Cécité verbale = Surdité verbale.	

On a pu trouver, dans l'exposé qui précède, une interprétation psychologique de l'activité cérébrale. Elle a permis d'arriver rapidement à quelques définitions précises ; elle a situé l'agnosie tactile dans ses rapports avec les autres troubles de la reconnaissance ; elle résume assez exactement, dans un tableau d'ensemble, les interprétations qu'en ont pu donner les psychologues et les médecins — on voudra bien excuser son caractère hypothétique en reconnaissance des services qu'elle a rendus.

CHAPITRE II

I. — OBSERVATIONS PERSONNELLES

(Service du professeur Dejerine).

I

1. — Reine L. . ., 45 ans, domestique, Salpêtrière (Consultation), 1908.

Pas de syphilis, pas de fausses couches.

Six enfants à terme, mari mort de tuberculose pulmonaire, il y a 13 ans.

4 avril 1908. — En mettant ses chaussures, la malade sent brusquement une vive douleur dans tout le côté gauche : sa main lui refusant tout service, elle se relève, s'assied, on la porte dans son lit — sans perte de connaissance, une hémiplegie gauche s'est constituée sous ses yeux.

Pendant quelques jours, elle a beaucoup souffert dans la main gauche, particulièrement le soir ; plus tard, elle perdait sa main dans son lit. En même temps qu'elle sentait diminuer la douleur, elle commençait à remuer les membres gauches. Après 15 jours elle a pu se lever dans sa chambre.

26 mai 1908. — **Motilité.** — Face normale, légère déviation linguale à gauche, léger affaiblissement des membres gauches.

Réflexivité. — Réflexes rotulien, achilléen, olécranien, périosté-radial et périosté-cubital, franchement plus forts à gauche, quoiqu'ils soient forts à droite.

Trépidation épileptoïde et Babinski à gauche.

Pas d'Argyll-Robertson.

Sensibilité. — *Tactile.* — A gauche hypoesthésie légère à la face et au membre supérieur où elle croit un peu vers la main, marquée au tronc, anesthésie au membre inférieur gauche.

Douloureuse. — La piqure est sentie partout.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. Notion de position à peu près abolie au membre inférieur gauche, diminuée au membre supérieur gauche, avec ataxie légère.

2. Mouvements passifs. Erreurs dans la perception des mouvements communiqués, grossières au membre inférieur gauche, légères aux doigts gauches.

Toutefois, la main droite reproduit extrêmement mal les attitudes qu'on imprime à la main gauche ; au contraire, la main gauche reproduit assez bien les attitudes qu'on imprime à la main droite.

Agnosie tactile. — A gauche, identification généralement mauvaise,

quelquefois exacte ; à droite, aussitôt l'objet dans la main, il est immédiatement reconnu.

OBJETS.

Une montre.
Une cuillère.
Une clé.
Un sou.
Un couteau.
50 centimes.
2 sous.

MAIN GAUCHE.

Une montre.
Je ne sais pas.
Je ne sais pas.
1 franc.
Je ne sais pas.
50 centimes.
5 francs.

II

2. — Rosa D..., 25 ans, ménagère, Salpêtrière (Consultation), 1908.

Aucun signe antérieur qu'on puisse rapporter à la syphilis : trois enfants à terme, puis un avortement de six semaines.

A sa fausse-couche (1907) frissons, fièvre, curettage ; pendant les six mois qui ont suivi, affaiblissement, douleurs continuelles à la tête, pertes aqueuses abondantes.

10 février 1908. — A cinq heures du soir, au cours d'une petite grippe (fatigue et frissons, depuis deux jours), la malade, ayant voulu prendre un verre n'a plus senti sa main droite, puis son bras droit : elle a renversé deux fois le verre ; la main droite est tombée le long du corps, inerte ; elle a dû s'asseoir ; elle a pu dire encore : « Je ne sens plus ma main », puis elle a perdu la parole ; elle a senti sa figure comme morte à droite, puis sa jambe s'engourdir ; enfin, elle est tombée de sa chaise, il a fallu la transporter dans son lit. Elle se rappelle tout par le détail ; à nul instant, elle n'a perdu connaissance.

Dans son lit, maux de tête violents, membres droits paralysés, face et langue tirées à droite avec difficulté pour fermer l'œil droit, parole impossible : pour dire qu'on ne lui mette pas de sangsues, elle n'arrivait qu'à proférer des sons inarticulés. Il y avait aussi une légère parésie gauche qui a disparu le soir même.

11 février 1909. — Dans la matinée, mouvements convulsifs à droite, dans le bras droit surtout, la jambe et la paupière, d'amplitude progressivement croissants, jusqu'à se donner des coups à la figure. Ces mouvements ont récidivé par crises durant chacune quelques minutes, cinq ou six fois dans la journée pendant huit jours, progressivement espacées dans les huit jours suivants.

Dans l'intervalle des crises, engourdissement à droite ; le côté droit était mort, mais sans fourmillements ni douleurs (sauf les douleurs de tête) ; quand la malade cherchait son bras droit pour le prendre, elle ne savait pas où il était ; elle sentait sa figure coupée en deux par le milieu du nez, l'eau du nez et la salive coulaient à droite, sans qu'elle s'en aper-

çoive ; quand elle mangeait, la moitié droite de la langue ne sentait ni le contact, ni le goût des aliments ; on pouvait la piquer, la pincer, sans qu'elle s'en aperçoive ; elle ne sentait pas non plus le chaud, mais toujours le froid lui a causé une sensation douloureuse.

8 jours après la crise, la malade commençait à pouvoir tirer la jambe à elle, mais le bras restait paralysé ; elle articulait, en parlant, mais avait beaucoup de difficulté à se faire comprendre.

15 jours après la première grande crise convulsive, alors qu'elle allait un peu mieux, nouvelle grande crise, strictement limitée à droite, sans perte de connaissance, ayant duré 30 minutes environ. Après quoi, nouveaux maux de tête et nouveau bafouillage incompréhensible : elle comprenait ce qu'on disait autour d'elle, mais, quand elle voulait parler, elle voyait les mots dans sa tête, sans pouvoir les exprimer — le bras et la jambe droite étaient à nouveau tout à fait paralysés.

Dans les jours suivants, la parole s'améliore peu à peu ; toutefois, la malade articule difficilement et prend les mots les uns pour les autres (porte pour fenêtre, chaise pour table) tout en s'apercevant des erreurs qu'elle commet, — les membres s'améliorent à peine ; quelques crises légères de mouvements à droite.

15 jours après, nouvelle grande crise convulsive à droite, semblable à la précédente, après une colère qu'elle avait prise parce qu'elle n'arrivait pas à s'exprimer.

Au cours des 9 mois passés depuis lors, la malade s'est très lentement, mais progressivement amélioré, la jambe d'abord, le bras ensuite, la parole en même temps.

4 décembre 1908. — **Motilité.** — Aujourd'hui, la malade n'a plus aucun trouble de la parole, elle s'exprime rapidement, clairement, et précisément.

Rien à la face : elle ferme isolément l'œil droit, aussi bien que l'œil gauche.

Elle marche très bien, quoique sa jambe droite se fatigue un peu plus vite.

Elle fait tous les mouvements avec sa main droite et son bras droit, quoiqu'elle tremble un peu quand elle porte quelque chose. En somme, elle n'est plus sérieusement gênée qu'en fonction des troubles de sensibilité.

Aucun affaiblissement musculaire à droite, sensible à l'examen grossier.

Réflexivité. — Réflexes rotulien, achilléen, olécrânien, périosté-radial et périosté-cubital manifestement plus forts à droite qu'à gauche.

Pas de clonus du pied ; pas de Babinski, ni d'Oppenheim, ni de Schæffer. Pas d'Argyll-Robertson.

Sensorialité. — *Vue.* — Pas d'amaurose, pas de diplopie, champ visuel normal, pas de strabisme, pas de paralysie orbitaire.

Ouïe. — Acuité auditive diminuée à droite (montre 43 cent. à droite, 1 m. à gauche). Rinne négatif, Weber nettement latéralisé à gauche.

Goût. — Sur la langue, elle ne reconnaît pas à droite le sucre, le sel et la quinine, qu'elle reconnaît facilement à gauche.

Odorat. — L'olfaction semble égale des deux côtés.

Sensibilité. — *Tactile.* — 1. Seuil intensif, Au membre supérieur droit, progressivement décroissante vers la main, où elle est à peu près disparue au pinceau, très diminuée. au contact ; au membre inférieur droit, très légèrement diminuée ; à la face droite, très diminuée : le pinceau n'est presque pas senti.

2. Localisation. Erreurs : 3 à 4 centimètres au membre supérieur, particulièrement à la main ; exacte au membre inférieur ; 2 à 3 centimètres à la face.

3. Seuil extensif (en appuyant sur le compas). Pour obtenir la discrimination tactile, il faut arriver aux écarts suivants :

	A droite	A gauche
Membre supérieur	Impossible : partout 15 c/m égalent un seul contact.	normal
» inférieur.	45 m/m	32 m/m
Face : joue.	55 m/m	45 m/m
Lèvres inférieures. .	Impossible : il faut dépasser la lèvre.	
	50 m/m	53 m/m
Langue	1 à 2 m/m	1 à 2 m/m

Douloureuse. — Au membre supérieur droit, progressivement décroissante vers la main. C'est la qualité, mais non la quantité douloureuse qui est altérée : ainsi, quand on pique la malade, elle n'arrive pas à dire qu'il s'agit d'une piqûre, qu'elle localise d'ailleurs très mal (10 c/m), mais elle ressent une impression diffuse, plus douloureuse qu'à gauche, et surtout beaucoup plus persistante.

Au membre inférieur droit, un peu diminuée, mais la piqûre, normale dans sa durée, est nettement définie.

A la face droite, la piqûre provoque une douleur obtuse, difficile à localiser, très pénible, et péniblement prolongée.

Thermique. — Au membre supérieur droit, progressivement décroissante vers la main ; quand il est senti, le chaud provoque une simple sensation de contact. La malade a pu se brûler à l'annulaire, sans s'en apercevoir.

Le froid, au contraire, s'il n'est pas reconnu pour froid, provoque, sauf à la main, une sensation extrêmement douloureuse, et très anormalement prolongée.

Au membre inférieur droit, à peu près normal, le chaud est normalement senti, le froid n'est pas douloureux.

A la face droite, le chaud est assez bien senti ; le froid, mal reconnu pour froid, provoque une sensation extrêmement douloureuse.

A la pression. — Très diminuée à droite : ses enfants n'aiment pas qu'elle leur donne la main droite en promenade, parce qu'elle écrase leurs mains, sans s'en apercevoir.

Attitudes segmentaires. — Le membre supérieur droit seul est franchement atteint. — 1. Orientation au repos. Elle sait assez bien où est sa main

droite : toutefois, les yeux fermés, elle trouve assez mal son pouce droit avec sa main gauche et son pouce gauche avec sa main droite.

2. Mouvements passifs. Au début, elle ne sentait absolument rien quand on lui bougeait le bras droit ; à droite, elle ne sentait pas qu'on l'habillait, ni le contact des vêtements quand elle était habillée.

Les mouvements qu'on communique à ses doigts sont mal perçus ; elle ignore à peu près s'ils sont étendus ou fléchis.

La main gauche reproduit difficilement les attitudes qu'on communique à la main droite ; d'habitude, elle y arrive toutefois à peu près, mais après un temps d'attention, qui semble nécessaire, pour qu'elle perçoive tant bien que mal comment on a mis sa main droite ; au contraire, la main droite reproduit exactement, rapidement, et sans hésitation, les attitudes qu'on communique à la main gauche.

Les deux mains primitivement sur les genoux, si la main droite est passivement élevée, au commandement la main gauche est activement élevée, non pas au même niveau, mais trop haut ; au contraire, si la main gauche est passivement élevée, au commandement la main droite arrive au même niveau.

3. Mouvements actifs. A droite, la malade arrive à plusieurs centimètres quand on lui fait toucher son nez avec l'index.

Osseuse (au diapason). — Diminuée à droite, moyennement au membre supérieur, légèrement au membre inférieur, fortement à la face.

A gauche, la sensibilité superficielle, ou profonde, est intacte à tous ses modes.

Agnosie tactile. — Dans sa vie pratique, la malade a remarqué qu'il lui faut voir ce qu'elle tient, sans quoi l'objet tombe ; elle n'arrive à coudre qu'en regardant son aiguille.

Quoi qu'elle palpe très bien, sans aucune gêne, elle arrive bien à reconnaître les principaux caractères d'un objet, mais n'en devine que rarement le nom, par une analyse caractéristique, attentive, après réflexion pour la synthèse. — A moins qu'un détail trop significatif lui donne tout à coup la solution cherchée.

OBJETS.

MAIN DROITE.

Petite clé.	C'est dur, c'est long, c'est plutôt froid. — Est-ce en bois ou en fer ? Je ne sais pas.
Petite boîte carrée en carton	C'est dur, c'est carré, c'est élastique, c'est de carton. La boîte s'ouvre. Ah ! c'est une petite boîte.
Crayon.	C'est long, c'est dur, c'est du bois, c'est rond, c'est peut-être une baguette.
5 francs	C'est dur, c'est rond, c'est plat, c'est probablement une pièce de monnaie.
Montre.	C'est rond, c'est plat, c'est lisse, je ne sais pas ce que c'est. Une autre fois elle a reconnu la

montre quand elle a senti le remontoir et l'anneau.

Bouchon Je ne sais pas.

Grande agrafe Je ne sais pas, c'est dur, c'est un peu élastique, je ne sais pas la forme, je ne sens pas bien.

Dé. C'est un peu dur, c'est chaud.

Sucre C'est plutôt carré, c'est rugueux, c'est lourd, on dirait un morceau de fer.

A la main gauche, tous ces objets ont été immédiatement reconnus, sans la moindre hésitation.

III

3. — M. B., 50 ans, Salpêtrière (Consultation), 1908.

7 septembre. — A 8 heures du matin, pris d'un vertige au chantier, le malade a voulu s'asseoir, il est tombé sur le pavé sans perdre connaissance, la tête déviée à droite, la bouche tirée du côté droit, le bras et la jambe droite complètement paralysés.

Transporté chez lui, dans une voiture, il est resté couché pendant un mois. Pendant quelques jours, on l'a compris difficilement, quoiqu'il trouvât tous ses mots, parce qu'il bafouillait en parlant. Il cherchait alors, à tous moments, dans son lit, son bras et sa jambe droite, morts, sans douleur, comme s'ils étaient perdus.

La parole s'est rapidement améliorée, puis la face, puis la jambe, puis le bras. Un mois après, il a commencé à faire quelques pas dans sa chambre; deux mois 1/2 après, il a commencé à marcher seul dans la rue, mais sans assurance; il se sent encore trop faible pour reprendre son travail.

8 décembre. — **Motilité.** — La face guérie; aucune difficulté pour avaler; la jambe droite traîne encore un peu; le bras droit est moins fort que le bras gauche; aucune contracture.

Réflexivité. — Au côté droit, par rapport au côté gauche, exagération manifeste des réflexes rotulien, achilléen, olécrânien, périosté-radial et périosté-cubital.

Babinski à droite, pas d'Oppenheim, pas de Schaeffer, pas de Strümpell, pas de Bechterew.

Sensibilité du membre supérieur droit. — *Tactile.* — 1. Seuil intensif. Normale; un peu moins fine à la périphérie qu'à la racine du membre.

2. Localisation. Erreurs grossières: 3 ou 4 centimètres à la partie supérieure du bras, progressivement exagérées à mesure qu'on descend vers la main, où l'excitation de pulpes digitales est fréquemment localisée soit à un doigt éloigné, soit à la paume, soit même au poignet.

3. Seuil extensif. Pour obtenir la discrimination tactile, il faut arriver aux écarts suivants:

	A droite	A gauche
Bras	100 à 125 mm.	
Avant-bras.	150 mm. au moins	20 à 30 mm.
Main	Il faut toujours dépasser la longueur du doigt ou la longueur de la paume en empiétant sur le segment voisin.	
	3 à 5 mm.	

Douloureuse. — 1. Seuil intensif. A droite la piqure est toujours perçue, mais avec une intensité moindre qu'à gauche; l'hypo-algésie augmente à mesure qu'on descend vers la main.

2. Localisation. Beaucoup meilleure à la piqure qu'au contact: aux doigts, erreurs de 10 à 20 millimètres au grand maximum, beaucoup de localisations exactes.

Thermique. — A peu près normale.

A la pression. — Diminuée à la pression grossière: sa diminution n'a malheureusement pas été précisée.

Attitudes segmentaires. — Le malade décrit assez exactement les mouvements passifs qu'on communique à ses doigts.

La main gauche reproduit, toutefois, mal les attitudes qu'on imprime à la main droite; la main droite, au contraire, reproduit mieux les attitudes qu'on imprime à la main gauche. Quand on veut faire élever la main gauche à la hauteur de la main droite, elle s'élève généralement au-dessus; quand on veut faire élever la main droite à la hauteur de la main gauche, elle a tendance au contraire à rester plus bas.

Osseuse (au diapason). — Diminuée légèrement

Agnosie tactile. — Palpation facile; plusieurs qualités reconnues (quelquefois à faux), mais jamais l'objet n'est identifié.

OBJETS.

MAIN DROITE.

Petite boîte carrée en carton	C'est plutôt carré, c'est dur, c'est un marteau, c'est du bois ou du carton.
Boîte ronde laquée	C'est long, c'est carré, c'est rond, c'est une boîte d'allumette à un sou, non à deux sous.
Bouchon de liège.	C'est rond, c'est dur, c'est pas long, c'est plutôt du bois.
Crayon.	C'est long, c'est rond, c'est un porte-plume ou un crayon.
Ciseaux (manche).	C'est une clé, c'est du fer, parce que c'est froid, c'est pas une clé?
Clé	Il passe le doigt dans l'anneau: c'est une clé, je sens la boucle.
Sucre	C'est dur, ça ressemble à une clé.
Deux sous	« Rien »; il palpe: « Je ne sens rien ».
Dé.	C'est rond, c'est en os.
Anneau de clé	C'est carré, c'est dur, ça doit être du sucre, c'est froid.
Bouchon de caoutchouc	C'est froid, c'est rond, c'est plutôt du fer.

Vis C'est en fer, je ne sais pas ce que c'est.
 Plume en fer. . . . C'est court. — Quelle longueur? 5 centimètres,
 c'est un peu dur, c'est froid, ça doit être du fer.

A la main gauche, tous ces objets ont été immédiatement reconnus dans leur forme, leur matière et leur signification, sauf, toutefois, la plume en fer, qui a été prise pour une vis.

23 mars 1909. — **Motilité.** — Même état.

Sensibilité. — Améliorée : erreurs de localisation moins étendues, discrimination tactile moins altérée.

Agnosie tactile. — Qualités élémentaires *peut-être* un peu mieux reconnues, sans identification d'objets.

IV

4. — M. Eugène G..., 54 ans, bijoutier, Salpêtrière (Consultation), 1908.

Chancre à 24 ans, sans traitement ; leucoplasie buccale.

Il y a deux ans, douleurs et fourmillements dans les trois derniers doigts de la main gauche et la face externe de l'avant-bras gauche ; il y a quatre mois, fourmillements dans les deux derniers doigts de la main droite et la face interne de l'avant-bras droit : ces troubles paresthésiques ont toujours persisté depuis leur apparition.

10 décembre 1908. — **Motilité.** — Pas d'ataxie des membres supérieurs ou des membres inférieurs : le malade exerce encore sa profession de bijoutier.

Romberg ébauché.

Réflexivité. — Réflexes rotuliens et réflexe achilléen droit, abolis ; réflexe achilléen gauche, très diminué.

Myosis punctiforme avec abolition du réflexe irien à la lumière et la convergence.

Sensibilité subjective. — Outre les paresthésies ci-dessus rapportées, surtout gênantes au membre supérieur gauche, quelques douleurs fulgurantes, quelques douleurs térébrantes, écrasements, mictions impérieuses.

Sensibilité objective. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — 1. Seuil intensif. Hypoesthésie aux deux mains, sans qu'on puisse établir une différence tranchée entre le bord radial et le bord cubital.

2. Seuil extensif. Main gauche analogue à la main droite : A chaque main, l'écart nécessaire à la discrimination tactile varie du simple (3 à 4 m/m) au double (6 à 8 m/m) entre la pulpe de l'index et la pulpe des deux derniers doigts.

Attitudes segmentaires. — Aux deux mains, après mouvements passifs, erreurs dans la notion de position, légères pour les deux premiers doigts, manifestes pour les trois derniers.

Osseuse (au diapason). — Normale ou à peu près normale.

Agnosie tactile. — Aux deux mains, la reconnaissance est mauvaise,

mais plus aux deux derniers doigts qu'à l'index et au médius (le pouce écarté pour empêcher qu'il participe à la palpation), réalisant ainsi une ébauche d'agnosie tactile à topographie radiculaire. La main gauche, plus caractéristique, a seule été rapportée :

OBJET.	MAIN GAUCHE.	
	<i>Annulaire et auriculaire.</i>	<i>Index et médius :</i>
Bouchon. . . .	Ça paraît être rond, c'est un peu dur.	Ça, c'est rond, c'est comme un bouchon.
Sucre	Je ne sais pas ce que c'est. — Est-ce rond ou carré ? Je ne sais pas, c'est plat. — Est-ce dur ou mou ? C'est dur. — Est-ce lisse ou rugueux ? Je ne sais pas.	C'est carré, on dirait un morceau de sucre.
Petite clé. . . .	Je ne sais pas ce que c'est.	Après hésitation : Une espèce de clé.
Petite cuillère. .	Ça a l'air d'être mou, c'est poli.	C'est comme une cuillère.
Épingle anglaise	Je ne sais pas, c'est comme un petit dos de cuillère.	C'est plat et mince, ça paraît être double. Je ne sais pas ce que c'est.
Tampon de ouate	Je ne sens rien.	C'est un peu dur. Je ne sais pas ce que c'est.
Crayon.	Je ne sais pas ce que c'est.	Un petit crayon.
2 sous	Je ne peux pas dire, je sens bien quelque chose.	Une pièce de monnaie, je crois une pièce de 5 francs.
Montre.	C'est quelque chose de plat, ça paraît être lisse.	Ça paraît être une montre.

19 décembre 1908. — **Sensibilité.** — Il n'y a plus grande différence, même pour les attitudes segmentaires, entre le bord radial et le bord cubital des mains.

Agnosie tactile. — La reconnaissance paraît plus uniformément et plus profondément troublée. Réponse uniforme : « Je ne sais pas ». Sauf une seule fois, à la main gauche :

	<i>Annulaire et auriculaire.</i>	<i>Index et médius :</i>
Sucre	Ça, c'est dur, c'est lisse.	C'est dur, c'est carré, c'est rugueux, c'est un morceau de sucre.

V

(ANDRÉ-THOMAS).

5. — E..., 65 ans, employé de chemin de fer, Salpêtrière, avril 1909 ; examiné longuement à la consultation, ce malade a fait l'objet d'un travail détaillé d'André-Thomas qui l'a présenté le 6 mai 1909 à la Société de neurologie.

Antécédents. — Il nie toute syphilis.

Sa femme n'a pas fait de fausses couches.

Il a deux enfants bien portants.

Histoire. — Le début remonte à l'année dernière, au mois de juillet 1908. Une nuit, en toussant, il a senti tout à coup une douleur vive dans le bras droit, partant de l'épaule et allant jusqu'à la main. Cette douleur lancinante s'est calmée rapidement, mais il a persisté les jours suivants dans le bras et la main droite une petite douleur et une sorte d'engourdissement. Depuis, il s'est un peu moins servi de sa main droite ; il avait une certaine gêne à prendre sa cuillère, à écrire, il se sentait maladroit. Ces troubles ont plutôt augmenté d'une façon lente et progressive.

Le 31 janvier 1909, en se levant le matin, il a senti sa jambe droite molle, comme en caoutchouc. Cette sensation, accompagnée d'une légère faiblesse, a persisté jusqu'ici sans aggravation.

Une dizaine de jours avant l'apparition des troubles de la jambe, il avait remarqué qu'il parlait difficilement, et que sa voix était toute rauque.

A l'heure actuelle, c'est un malade qui marche sans difficulté, mais en se plaignant d'un peu de faiblesse et de fourmillements dans sa jambe droite.

Il se sert de sa main droite, mais avec un peu de maladresse et se plaint d'y ressentir de l'engourdissement et une sensation de froid.

Il a la face engourdie du côté droit. Enfin, sa voix est rauque, bitonale ; il présente, à certains moments, un peu de gêne inspiratoire avec tirage. Il dit aussi avoir souvent le hoquet, depuis le début de sa maladie.

Examen. — **Larynx.** — L'examen du larynx a permis de constater une hémiplegie laryngée droite complète : l'hémi-larynx est complètement immobile, abducteur et constricteurs. En outre, il existe une paralysie de la moitié droite du voile du palais. Enfin, il semble que la moitié droite de la langue soit légèrement atrophiée.

Troubles sensitifs. — Il paraît nécessaire d'opposer les troubles de la sensibilité constatés sur le corps à ceux que présente la face dans le domaine du trijumeau.

Au membre supérieur, on constate une légère diminution de la sensibilité tactile, avec un agrandissement du simple au double environ des cercles de Weber, sauf aux doigts, où l'écart est plus considérable ; il sent un peu mieux sur le bord cubital du membre

La sensibilité douloureuse paraît un peu plus touchée ; elle semble également moins atteinte sur le bord interne.

La sensibilité thermique est à peu près complètement abolie : il ne recon-

nait ni le chaud, ni le froid sur les faces antérieure, postérieure et externe du membre ; il les perçoit vaguement sur le bord interne.

Les *sensibilités profondes* sont un peu troublées : il reconnaît difficilement les positions imprimées à ses doigts ; il présente une incoordination légère mais manifeste pour mettre son doigt sur son nez ; il fait de grosses erreurs dans l'appréciation des poids.

Le *sens stéréognostique* est profondément troublé.

En somme, au membre supérieur, toutes les sensibilités sont atteintes ; mais la sensibilité thermique paraît franchement la plus touchée.

Fait important, il existe une bande cubitale, au niveau du bord interne du membre, où les troubles de la sensibilité sont nettement moins prononcés. Vers l'aisselle, on constate un triangle interne et postérieur où la sensibilité est à peu près normale.

Le cou, la nuque, la partie postérieure de la tête présentent les mêmes troubles que le bras ; les sensibilités douloureuse et thermique sont plus touchées ; le malade dit lui-même : « Je sens, mais ça ne me pique pas. »

A la face. — Dans le domaine du trijumeau, il semble, au contraire, que toutes les sensibilités soient légèrement, mais également atteintes ; en particulier, la sensibilité thermique est très peu touchée.

Il y a, sur la moitié droite de la langue et du voile du palais, une diminution franche de la sensibilité.

Au tronc, on ne constate aucun trouble sensitif.

Le membre inférieur ne présente aucun trouble à la racine du membre ; mais, vers la partie moyenne de la jambe, apparaissent des troubles sensitifs qui augmentent en descendant vers l'extrémité du membre. Prédominants sur la face externe, ils sont assez comparables à ceux du membre supérieur ; la sensibilité thermique, ainsi que la sensibilité douloureuse, paraît à peu près abolie ; la sensibilité tactile semble un peu moins troublée ; la notion de position des orteils est à peu près perdue.

Troubles moteurs. — Au premier abord, ce qui frappe surtout, c'est l'abaissement de l'épaule droite, difficile à relever. Il existe une parésie du trapèze, associée, semble-t-il, à une légère atrophie. Le sterno-mastoïdien droit est également affaibli.

Membre supérieur. — Il existe une certaine diminution de la force à droite, portant surtout sur le deltoïde, le biceps, le long supinateur, le triceps, les radiaux et les extenseurs.

Les muscles épitrochléens ont conservé toute leur force.

Les muscles paraissent légèrement atrophiés.

Mais ce qui frappe le plus, c'est l'inhabileté du membre ; l'hésitation, la maladresse, le tremblement léger, l'incoordination manifeste qu'il présente pour exécuter les ordres. Il y a de la lenteur dans les mouvements et des troubles manifestes de la diadococinésie.

Membre inférieur. — Il n'y a aucun affaiblissement dans la force musculaire du membre inférieur droit.

Réflexes. — Au membre supérieur, le réflexe olécranien est aboli à droite, conservé à gauche.

On n'a trouvé ni d'un côté ni de l'autre, les réflexes radiaux et périostés.

Au membre inférieur, le réflexe rotulien est un peu plus fort à droite.

Le réflexe plantaire est très diminué à droite. On n'a trouvé le signe de Babinski qu'en excitant le bord externe du pied ; l'excitation du bord interne détermine nettement la flexion.

Le réflexe addominal et le réflexe crémasterien sont plus faibles à droite.

Etat des muscles du membre supérieur. — Ils paraissent nettement atrophiés, en particulier le biceps, le long supinateur, le triceps et les muscles épitrochléens : 7 centimètres au-dessus du pli du coude, circonférence : 22 cent. 1/2 à droite, 24 centimètres à gauche.

La contraction idio-musculaire est légèrement exagérée pour le biceps, le long supinateur et le triceps ; elle est normale pour le groupe épitrochléen.

L'examen électrique montre une diminution très nette de l'excitabilité par le courant faradique pour le deltoïde, le biceps, le long supinateur, le triceps, les radiaux, et les extenseurs. Au contraire, il y a plutôt exagération pour les muscles épitrochléens, les éminences thénar et hypothénar.

Au courant galvanique, exagération pour tous les muscles, sauf les interosseux qui sont affaiblis sans différence qualitative.

Examen des yeux. — Les pupilles sont égales et ne présentent aucun trouble des réflexes.

Il paraît difficile qu'une seule lésion puisse expliquer la totalité d'un syndrome aussi compliqué.

L'examen du malade, aussi bien que son histoire, semblent au contraire indiquer l'existence de deux foyers.

Au mois de *juillet* 1908, le malade a dû faire une hématomyélie cervicale ; c'est ce qui nous explique les douleurs irradiées qu'il a présentées alors et les troubles que nous constatons actuellement ; cette hématomyélie doit siéger dans la partie toute supérieure de la moelle cervicale, puisque les troubles sensitifs et moteurs sont beaucoup moins accusés au niveau de la huitième cervicale et de la première dorsale, qu'au niveau du cou et des autres racines du plexus brachial.

Au mois de *janvier* 1909, il a dû faire un nouveau foyer à la partie toute inférieure du bulbe et supérieure de la moelle, ayant détruit les noyaux de la branche interne du spinal et touché quelque peu ceux de la branche externe (trapèze et sterno-mastoidien). C'est ce qui nous explique l'hémiplégie laryngée d'une part, l'état du trapèze et du sterno-mastoidien d'autre part.

Un des foyers a dû irriter légèrement le faisceau pyramidal et les voies de conduction sensitive du membre inférieur.

En tous cas, il est intéressant de constater que, ni la lésion bulbaire, ni la lésion médullaire n'ont donné lieu à des troubles croisés.

A la main droite, particulièrement examinée dans la suite, on a noté les troubles suivants :

Motilité. — Maladresse et lenteur des mouvements : le malade emploie surtout ses trois derniers doigts à palper.

Sensibilité. — *Tactile*, diminuée ; *douloureuse*, plus diminuée ; *thermique* abolie.

1. Seuil intensif. Les trois sensibilités sont moins atteintes au bord cubital qu'au bord radial ; on sait, d'ailleurs, qu'inconsciemment, le malade emploie surtout ses trois derniers doigts à palper.

2. Seuil extensif. Pour obtenir la discrimination tactile, il faut arriver aux écarts suivants :

	A gauche	A droite
Doigts	15 à 30 mm. suivant les jours	3 à 5 mm.
Paume	15 mm.	7 mm.
Avant-bras	25 à 30 mm.	25 mm.

A la pression. — A droite, erreurs grossières dans l'appréciation des poids.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. Le malade trouve difficilement son pouce droit avec sa main gauche, mais présente aussi un peu d'hésitation et de tremblement pour trouver son pouce gauche avec sa main droite.

2. Mouvements passifs. Les mouvements communiqués ne sont pas perçus pour les doigts et mal perçus pour la main.

La main gauche reproduit mal l'attitude qu'on communique à la main droite ; la main droite reproduit mieux l'attitude qu'on communique à la main gauche.

Osseuse (au diapason). — Le malade sent beaucoup moins le diapason à droite, mais il percevrait également le son.

Agnosie tactile. — Assez profonde.

OBJETS	MAIN DROITE
Clé	Je ne sais pas.
Montre.	C'est rond, c'est épais.
Canif.	C'est long, c'est lisse.
Boîte en carton. . .	C'est carré, c'est une petite boîte.
Dé.	Je ne sais pas.
Sucre	C'est rugueux, c'est une pierre de sucre.
Grande agrafe . . .	Je ne sens rien, je ne sais pas.
Porte-monnaie . . .	C'est grand, c'est mou, c'est un porte-monnaie.
Bouchon	Ça roule, je ne sais pas.
Trousseau de clés . .	Des clés (elles ont sonné).
Vis	Je ne sais pas, c'est en bois.
Porte-plume	Un porte-plume.

VI

B..., 24 ans, terrassier, Salpêtrière (Consultation), 1909.

Il y a 3 mois (5 février 1909), le malade tombe dans un puits du métro,

sur un wagonnet, à 18 mètres plus bas. Il perd connaissance au moins pendant 3 heures, et revient à lui dans un lit d'hôpital ; deux plaies du cuir chevelu à droite, plaie de la jambe droite, contusions multiples. Céphalalgies violentes. Bras gauche affaibli (on coupe son pain, on le boutonne), jambe gauche saine.

Il quitte l'hôpital un mois et demi après son accident, toutes ses plaies guéries, mais toujours avec des maux de tête, des vertiges et des vomissements.

Actuellement (15 mai 1909). Les maux de tête, les vertiges et les vomissements s'aggravent : au moins 2 ou 3 fois par semaine, crises céphalalgiques intenses et prolongées, éblouissements, vomissements verts abondants et faciles.

Plaies cicatrisées ; contusions disparues ; sur une perpendiculaire, à la suture sagittale, menée du méat auditif droit, à 100 millimètres du méat, à 55 millimètres de la suture sagittale, enfoncement osseux d'un centimètre carré environ, douloureux à la pression : on voit qu'il doit correspondre exactement à la partie moyenne des circonvolutions ascendantes.

Electrisé, le bras gauche s'est progressivement amélioré, le malade s'en sert bien ; il a toutefois remarqué, depuis son accident, qu'il n'arrivait pas à choisir avec sa main gauche, un objet dans sa poche, à tel point qu'il a renoncé spontanément à sa poche gauche.

Motilité. — Excellente à la jambe gauche, bonne au bras gauche, où seuls les mouvements délicats des doigts sont un peu gênés.

La force musculaire est très bien conservée, à peu près égale des deux côtés un peu diminuée peut-être au bras gauche, où il n'y a pas trace d'atrophie musculaire.

Réflexivité. — Les deux réflexes rotuliens abolis, même au Jendrassik, réflexe Achilléen gauche aboli, peut-être un léger réflexe archilléen droit (pas de douleurs fulgurantes, ni de crises viscérales, pas de Romberg, pas d'Argyll-Robertson, pas de diplopie, pas de troubles urinaires, pas d'ataxie, pas de syphilis avouée).

Pas de Babinski (les orteils restent immobiles, à droite, comme à gauche, quand on excite la plante du pied), pas d'Oppenheim, pas de Schaeffer, pas de Strümpell.

Stase papillaire bilatérale.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — 1. Seuil intensif. Normale, sans troubles radiculaires.

2. Localisation. Exacte à droite, mauvaise à gauche : 3 à 4 centimètres d'erreur aux doigts (le malade se trompe de doigts), 2 à 3 centimètres à la paume, 5 à 6 centimètres à l'avant-bras.

3. Seuil extensif. Pour obtenir la discrimination tactile, il faut arriver aux écarts suivants :

	A gauche	A droite
Doigts	50 mm.	3 mm.
Paume	10 mm.	3 à 5 mm.
Avant-bras.	5 mm.	5 mm.

A la pression. — Légèrement diminuée.

Attitudes segmentaires. — A droite, les mouvements passifs sont perçus et décrits avec exactitude ; à gauche, ils ne sont pas perçus pour les doigts, particulièrement le médius et l'annulaire, mais ils commencent à être perçus pour la main.

La main droite reproduit mal l'attitude qu'on communique à la main gauche, la main gauche reproduit bien l'attitude qu'on communique à la main droite.

Osseuse (au diapason). — Normale.

Agnosie tactile. — Elle n'est pas absolue : toutefois on a vu que le malade avait spontanément renoncé à sa poche gauche, par incapacité d'y distinguer les objets.

OBJETS.	MAIN GAUCHE.
Montre.	C'est rond, c'est plat, c'est dur.
Clé	C'est long, il y a un anneau, c'est une clé.
Grande agrafe	C'est un clou, oui un clou.
Anneau	C'est un anneau.
Pinceau	C'est un porte-plume.
Sucre	C'est long, c'est rugueux, c'est un morceau de sucre.
Vis	C'est une vis.
Porte-monnaie	C'est grand, c'est mou.
Clé d'horloge.	C'est une clé, une clé de porte.
Deux sous	C'est une rondelle.
Petite boîte en carton .	Ça s'ouvre, une boîte en carton.
Canif	C'est long, c'est plat, c'est lisse.
Épingle de nourrice. .	C'est un clou.
Dé.	Je ne sais pas.
Plume	Ça pique, c'est un clou.
Bouchon.	C'est rond, c'est dur.

A la main droite, tous ces objets ont été rapidement reconnus.

VII

7. — Marie C. . . , 55 ans, marchande de journaux, Salpêtrière (Consultation), 1909.

Il y a deux mois (1^{re} mars 1909) la malade, à son travail, sent un engourdissement apparaître à droite, au membre supérieur, à la face et au membre inférieur ; sa jambe droite fléchit sous elle, chute, sans évanouissement ; on la transporte chez elle, où elle reste alitée 10 jours avec une hémiplegie droite complète au début, mais progressivement améliorée jusqu'à l'état qu'elle présente aujourd'hui. Jamais d'aphasie ni d'épilepsie jaksonienne, pas de diplopie, ni d'hémianopsie.

Aujourd'hui. — **Motilité.** — La malade marche facilement, sans fatigue du

membre inférieur droit, se sert bien du membre supérieur droit, sauf la main pour un travail délicat (se boutonner, se déboutonner), mais accuse une lourdeur, un engourdissement très gênants, surtout au membre supérieur. Rien à la face.

La force musculaire active et passive est légèrement affaiblie à droite.

Réflexivité. — Réflexes tendineux, généralement forts, surtout à droite.

Pas de clonus du pied, pas de Babinski.

Pas d'Argyll-Robertson.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — 1. Seuil intensif. Normale aux trois modes.

2. Localisation exacte.

3. Seuil extensif. Pour obtenir la discrimination tactile, il faut arriver aux écarts suivants :

	A droite	A gauche
Doigts	L'écart varie entre 60 et 100 m/m si bien qu'il dépasse parfois la longueur du doigt, pour empiéter sur la paume.	5 m/m
Paume.	30 m/m	5 à 10 m/m
Avant-bras	Au-delà de 150 m/m	10 m/m

A la pression. — A droite, erreurs grossières dans l'appréciation des poids.

Attitudes segmentaires. — A droite, les mouvements passifs ne sont pas perçus pour les doigts individuellement mobilisés, ils sont perçus quand on les mobilise ensemble ; les mouvements passifs à la main sont perçus.

La main gauche reproduit mal l'attitude qu'on communique à la main droite ; la main droite reproduit mieux l'attitude qu'on communique à la main gauche.

Osseuse (au diapason). — Normale.

Agnosie tactile. — Absolue.

OBJETS.

MAIN DROITE.

Dé.	Je ne sais pas.
Canif	C'est long, je ne sais pas.
Ciseaux	Il y a un anneau, je ne sais pas.
Sucre	Je ne sais pas.
Porte-monnaie	C'est mou, je ne sais pas.
Petite boîte en carton.	Je ne sais pas.
Montre.	C'est ovale, c'est lisse, je ne sais pas.
Bouchon.	Je ne sais pas, peut-être une gomme.

A la main gauche, tous ces objets ont été rapidement reconnus.

VIII

Agate F..., 32 ans, domestique, Salpêtrière, salle Parrot, 4. 1908.

Ankylose du genou gauche, après résection pour tumeur blanche (Quénu). Les sommets respirent mal.

Il y a 6 ans, au cours d'un séjour à Necker, pour dyspnée et palpitations, M. Huchard a diagnostiqué un léger rétrécissement mitral. Urines normales.

Aucun signe antérieur qu'on puisse rapporter à la syphilis, jamais une grossesse.

Il y a 8 ans, après quelques vertiges au courant de la matinée, ictus brusque dans la rue : coma ayant duré quelques heures.

Après l'ictus, engourdissement du bras et de la jambe gauches, rapidement transformé en véritable hémiplegie.

Douleurs immédiates dans le bras et dans la jambe gauches, surtout au niveau des articulations, irradiant du centre à la périphérie, soulagées par le salicylate de soude.

Hypoesthésie gauche objective, remarquée dès le début par un médecin.

2 mois après, mouvements athétosiques à gauche.

L'hémiplegie a rapidement rétrocedé ; les douleurs, les troubles objectifs de la sensibilité, et les mouvements athétosiques, ont au contraire persisté.

1908. — **Motilité.** — A la face, parésie gauche légère.

Au membre supérieur, l'avant-bras est en flexion, la main fléchie, les doigts fléchis dans la main, le pouce entre les doigts ; aucune contracture ; au contraire, hypotonie musculaire ; tous les mouvements sont possibles, mais affaiblis, et gênés par des mouvements athétosiques, lents et vermiculaires.

Au membre inférieur, la jambe est en extension sur la cuisse (ankylose du genou par résection) ; hypotonie musculaire ; démarche en fauchant ; mouvements athétosiques lents et vermiculaires des orteils ; un peu d'atrophie musculaire, vraisemblablement d'origine articulaire.

Réflexivité. — Réflexes tendineux exagérés aux deux membres gauches, par rapport aux réflexes tendineux droits : le réflexe achilléen gauche n'a pas été vu, la malade n'arrivant pas à plier son genou.

Pas de Babinski.

Sensibilité subjective. — Douleurs en coups d'aiguilles, au membre gauche, irrégulièrement, par crises spontanées ou provoquées par l'émotion.

Sensibilité objective. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — 1. Seuil intensif. Hémianesthésie gauche accusée, à laquelle participent la moitié gauche de la langue, la narine et la conjonctive gauches ; la sensibilité gustative est supprimée sur la moitié gauche de la langue ; l'œil et l'oreille gauches fonctionnent bien.

Hypoalgésie gauche seulement : les piqûres d'aiguilles sont légèrement perçues, d'autant mieux qu'on se rapproche de la racine du membre.

2. Localisation. Erreurs grossières.

A la pression. — Une forte pression à gauche est comparée à une faible pression à droite.

Attitudes segmentaires. — 1. Au repos. La malade ne trouve pas ses doigts gauches avec la main droite, tandis qu'elle trouve ses doigts droits avec sa main gauche (lentement à cause des mouvements athétosiques)

Mouvements passifs. A gauche, les mouvements communiqués aux doigts ne sont pas perçus, les mouvements communiqués à la main sont assez bien perçus, les mouvements communiqués à l'avant-bras sont bien perçus.

Osseuse (au diapason). — Abolie dans tous les os à gauche.

Agnosie tactile — Absolue.

OBJETS

MAIN GAUCHE

Clé.	C'est long, je ne sais pas ce que c'est.
Sucre	Je ne sais pas ce que c'est.
Porte-monnaie	C'est gros, je ne sais pas ce que c'est.
Canif	Je ne sais pas ce que c'est.

IX

9. — Annette B..., 64 ans, couturière, Salpêtrière, salle Chardon-Lagauche, 3, 1908.

Syphilis, à 16 ans, soignée par Gibert.

A 20 ans, douleurs dans la jambe droite, profondes, continues, sans paroxysmes, par crises durant plusieurs jours, séparées par des intervalles de calme complet.

2 ou 3 ans après, douleurs de tête frontales, continues, sans exacerbations, par crises durant plusieurs jours, alternantes avec les crises dans la jambe, mais séparées par des intervalles de calme complet.

A 29 ans, embarras de la parole, chute dans la rue, violente attaque épileptiforme. Transportée chez elle, où elle reprend connaissance, la malade commence à souffrir violemment de la tête.

Séjour à l'hôpital, pour sa céphalée : violentes attaques épileptiformes (quelquefois plusieurs par jour) ; elle ignore tout du séjour qu'elle a fait à l'hôpital.

Vers cette époque, amblyopie progressive, ayant rapidement abouti à l'amaurose (6 mois après la première attaque épileptiforme). A dater d'alors, elle resta complètement aveugle ; plus de céphalées, douleurs dans la jambe droite moins fréquentes, mais persistant encore aujourd'hui.

A 43 ans, sensations d'engourdissement dans le pouce, l'index et le médius droit, remontant quelquefois jusqu'au coude, ou, plus rarement, jusqu'à l'épaule. En même temps, la main droite perd son adresse, « parce qu'elle distingue mal ce qu'elle tient ».

A dater d'alors, l'engourdissement persiste dans le bras droit, moindre dans la jambe droite. Il n'y a plus eu d'attaques épileptiformes depuis la

cécité, sauf 2 à 41 ans la même journée, suivies pendant huit jours de mouvements continuels dans le bras droit. La malade croit avoir entendu dire qu'au cours des attaques son bras droit s'agitait continuellement, plus que les autres membres.

1908. — **Motilité.** — Pas de raideur musculaire au membre supérieur droit, mouvements possibles, avec ataxie prononcée, léger affaiblissement musculaire, surtout à la main, pas d'atrophie musculaire.

Raideur musculaire légère au membre inférieur droit. Marche facile, un peu d'ataxie, léger affaiblissement musculaire, surtout au pied, un peu d'atrophie musculaire à la cuisse.

Légère hémicontracture faciale droite.

Réflexivité. — Réflexes rotuliens, presque inexistant à gauche, beaucoup plus fort à droite ; réflexe tendineux du poignet plus fort à droite qu'à gauche.

Pas de Babinski.

Sensorialité. — Atrophie papillaire bilatérale.

Anesthésie et paresthésies de l'odorat.

Audition et goût normaux.

Sensibilité. — *Tactile.* — 1. Seuil intensif. Diminuée à droite, assez légèrement toutefois.

2. Localisation. Erreurs de 3 ou 4 centimètres à la main. La malade se trompe de doigt.

3. Seuil extensif. Pour obtenir la discrimination tactile il faut arriver aux écarts suivants :

	A droite	A gauche
Doigts.	35 à 40 mm.	4 à 5 mm.
Avant-bras : en long.	80 à 100 »	60 »
— en large	60 »	40 »
Bras	120 »	120 »
Jambe.	80 à 100 »	40 à 50 »
Joue.	40 à 50 »	40 à 40 »

Douloureuse. — Hypoalgésie légère au membre supérieur droit, hyperalgésie au membre inférieur droit.

Thermique. — A peu près normale.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. Troublée des deux côtés, mais plus particulièrement à droite.

2. Mouvements passifs. A droite, la malade est incapable de reconnaître aucun mouvement qu'on communique aux doigts ; à gauche elle arrive le plus souvent à les décrire, mais commet parfois quelques légères erreurs.

La main gauche n'ébauche même pas les attitudes qu'on communique à la main droite ; la main droite, au contraire, reproduit assez exactement les attitudes qu'on imprime à la main gauche.

Osseuse (au diapason). — Normale.

Agnosie tactile. — La malade reconnaît quelques caractères sans pouvoir identifier l'objet.

OBJETS.	MAIN DROITE.
Dé.	C'est froid, c'est plutôt dur, je ne sais pas si c'est rond ou carré.
Petite boîte en carton.	C'est plat, c'est mou, je ne sais pas ce que c'est.
Sucre	C'est froid, je ne sais pas si c'est rond ou carré, ça doit être très dur, il y a quelque chose qui pique.
Petite clé.	C'est froid, c'est dur, ça doit être en fer.
Canif	C'est lisse, c'est chaud, je ne sais pas ce que c'est.
Grande clé.	C'est chaud, c'est dur, c'est en fer.

A la main gauche, tous ces objets ont été rapidement reconnus.

X

10. — S. F..., 65 ans, cuisinier, Charité, salle Laënnec, 26, 1909.

Emphysème, avec bronchite aiguë en voie de guérison.

Il y a 15 ans, apoplexie, perte de connaissance, chute sur le parquet ; revenu à lui, le malade a pu se lever seul, marcher, employer sa main droite, et reprendre sa vie, sans autre ennui qu'une gêne infime et passagère dans le bras et dans la jambe droites.

3 ictus ont suivi, le dernier, il y a 3 ans, moins intenses que le premier, le malade a toujours pu marcher et se servir de sa main droite. Jamais d'épilepsie jacksonnienne, jamais d'aphasie, pas d'hémianopsie.

Depuis huit ans environ, le malade ne met plus rien dans sa poche droite, parce qu'il n'arrive pas à trouver, avec la main droite, l'objet qu'il veut en retirer. Sauf toutefois, s'il y a un grand écart de poids : ainsi distingue-t-il un mouchoir d'un porte-monnaie.

Actuellement. — **Motilité.** — Le malade se sert aussi bien de sa jambe droite que s'il n'avait jamais rien eu ; aisément de sa main droite, sauf pour les actes délicats. Toutefois, il écrit très lisiblement, mais avec un gros porte-plume, et palpe avec facilité les objets qu'on lui donne.

La force musculaire est très bien conservée, à peu près égale des deux côtés.

Réflexivité. — Réflexe rotulien droit un peu plus ample, un peu plus rapide, et surtout plus saccadé.

Babinski à droite.

Pas d'Argyll-Robertson.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — 1. Seuil intensif. Normale.

2. Localisation. A la main droite, exacte à la paume, 2 à 3 centimètres d'erreur aux doigts, où le malade se trompe facilement d'un doigt.

3. Seuil extensif. Pour obtenir la discrimination tactile, il faut arriver aux écarts suivants :

	A droite	A gauche
Doigts	L'écart dépasse la longueur du doigt pour empiéter sur la paume : 110 à 120 m/m	5 m/m
Paume.	30 à 40 m/m	5 à 10 m/m
Avant-bras.	30 m/m	15 m/m

A la pression. — Affaiblie à droite.

Attitudes segmentaires. — A droite les mouvements passifs ne sont pas perçus, surtout pour les trois derniers doigts ; ils sont mal perçus pour la main.

Le malade reproduit mal, avec sa main gauche, l'attitude qu'on communique à sa main droite ; un peu mieux, avec sa main droite, l'attitude qu'on communique à sa main gauche, en s'y trompant encore toutefois, quoiqu'il décrive exactement la position de sa main gauche.

Agnosie tactile. — A la main droite, quoiqu'il ait bien ses doigts à sa disposition, il semble que le malade, ayant fait auparavant connaissance avec son agnosie, n'ait pas l'idée d'accomplir une palpation qu'il sait par avance inutile : à chaque objet qu'on lui donne, il faut insister pour qu'il arrive à palper attentivement. D'ailleurs, il n'en reconnaît ainsi, ni la signification, ni la forme, ni la matière, alors même qu'on ouvre la voie par quelques questions sur ces qualités.

A la main gauche, tous les objets sont immédiatement reconnus. En outre, il semble qu'il y ait une sorte d'intoxication par l'objet qu'elle vient de reconnaître, une persévération, qui fait donner le même nom à l'objet suivant qu'on met dans la main droite.

OBJETS :

MAIN DROITE.

Tire-bouchon.	Je ne sais pas.
Clé	Je ne sais pas, peut-être un tire-bouchon.
Canif	Je ne sais pas, peut-être une clé.
Porte-monnaie	Je ne sais pas.
Montre.	Je ne sais pas.
Cuillère	Je ne sais pas, c'est la montre ?
5 francs	Je ne sais pas, peut-être la cuillère.
Boîte d'allumettes.	Je ne sais pas, c'est une pièce.
Portefeuille.	Je ne sais pas.

II. — OBSERVATIONS DE LANGUE FRANÇAISE

OBSERVATIONS DE ABA (résumées).

(Thèse de Paris, 1896).

I (1) (p. 54).

11. — Alphonse M..., 40 ans. Bicêtre, salle Laënnec, juin 1889.

8 juin. — En pleine conscience, le malade voit son hémiplégié apparaître sous ses yeux.

Motilité. — A gauche abolition.

Réflexivité. — A gauche réflexes tendineux exagérés, réflexes cutanés diminués ou abolis.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — A gauche abolition complète.

A la pression. — A la main gauche un poids de 200 grammes n'est pas perçu.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. La main droite tâtonne pour trouver le bras gauche.

2. Mouvements passifs. A gauche aucun mouvement communiqué n'est perçu.

Agnosie tactile. — A la main gauche, absolue.

10. — **Motilité.** — Tous les mouvements sont revenus, palpation, marche, etc...

Sensibilité. — *Tactile et douloureuse.* — 1. Seuil extensif. Amélioration progressive.

2. Localisation. Erreurs persistantes au membre supérieur, 7 à 8 centimètres.

Thermique. — Abolie.

A la pression. — Un écart entre 5 et 10 grammes est perçu.

Attitudes segmentaires. — Les mouvements passifs, même aux doigts, sont perçus.

Agnosie tactile. — Le malade reconnaît certains objets usuels, tel que crayon, canif, mais non les diverses monnaies qu'on lui présente; il ne reconnaît pas la matière, facilement reconnaissable, dont certains sont composés.

17. — **Motilité.** — Revenue.

Réflexivité. — A gauche réflexes tendineux plus forts qu'à droite, réflexes cutanés revenus.

Sensibilité. — Progressivement revenue dans tous ses modes, thermosensibilité la dernière.

(1) Le numéro en romain se rapporte au numéro de l'observation du travail cité.

Agnosie tactile. — Depuis cinq jours, tous les objets sont reconnus dans leur forme, leur matière et leur signification.

II (p. 59).

12. — Même malade, Bicêtre, salle Bichat, août 1896.

26 août. — Nouvelle hémiplegie gauche récidivante, remontant à deux jours.

28. — **Motilité.** — A gauche abolition complète.

Réflexivité. — A gauche réflexes tendineux exagérés, réflexes cutanés abolis.

Sensibilité. — A gauche altérée dans tous ses modes, superficiels ou profonds mais particulièrement à la main gauche où toutes les sensibilités sont abolies.

Agnosie tactile. — A la main gauche absolue.

29. — **Motilité.** — Abolition complète.

Sensibilité. — *Tactile et douloureuse.* Revenues ; la localisation même est exacte.

Sensibilité à la pression et sens des attitudes. Toujours abolis à la main et à l'avant-bras gauches.

Agnosie tactile. — Toujours absolue.

3 septembre. — **Motilité.** — Abolition persistante.

Sensibilité. — Revenue dans tous ses modes.

Agnosie tactile. — Il n'en est malheureusement pas fait mention.

13. — **Autopsie.** — A la face externe de l'hémisphère droit 5 petits foyers ramollis : deuxième frontale (extrémité antérieure), opercule rolandique, pli de passage pariéto-temporal, deuxième temporale (extrémité postérieure), troisième temporale (extrémité postérieure).

Dans l'hémisphère droit large foyer ramolli ayant détruit le noyau caudé, la capsule interne, le noyau lenticulaire et la capsule externe, mais respecté la couche optique (sauf toutefois son bord externe).

III (p. 65).

13. — Jean F..., 68 ans, Bicêtre, salle Laënnec, 1896.

Motilité. — Hémiplegie gauche à sa troisième attaque, flasque aux membres supérieurs, un peu raide aux membres inférieurs, avec hémianopsie.

Sensibilité. — Toutes les sensibilités superficielles ou profondes sont profondément atteintes à gauche, particulièrement à la main.

Agnosie tactile. — Absolue.

IV (p. 75).

14. — Pierre-Alfred D..., 73 ans, Bicêtre, 1896.

Motilité. — Hémiplegie droite à sa deuxième attaque, sans aphasie, mais avec épilepsie jacksonnienne.

Sensibilité. — Toutes les sensibilités, superficielles ou profondes, sont profondément atteintes à droite, particulièrement à la main.

Agnosie tactile. — Absolue.

VI (p. 88).

15. — Auguste S..., 48 ans, Bicêtre, salle Laënnec, 1896.

Motilité. — Hémiplégie droite incomplète à sa deuxième attaque, sans aphasie.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Abolies à droite, avec erreurs grossières dans la localisation (5 à 6 cent.).

A la pression. — Très diminué à droite ; le malade ne perçoit pas un poids de 50 grammes, ou la différence entre 2 poids.

Attitudes segmentaires. — Normale au repos ou dans la perception des mouvements passifs.

Agnosie tactile. — Absolue ; le malade ne reconnaît pas les objets les plus usuels, canif, clé, monnaie, etc.

23 juin. — **Motilité.** — Améliorée ; le malade commence à se lever.

Sensibilité. — Toutes les sensibilités ci-dessus décrites sont ou normales ou extrêmement améliorées.

Agnosie tactile. — Disparue ; la reconnaissance est normale.

IX (p. 93).

16. — Georges B..., 36 ans, Bicêtre, salle Denis-Papin, 28, 1896.

Motilité. — Hémiplégie droite, avec aphasie, progressivement améliorée.

Sensibilité. — Toutes les sensibilités, superficielles ou profondes, sont profondément atteintes à droite, surtout aux extrémités pour les sensibilités profondes.

Agnosie tactile — Assez accusée ; erreurs fréquentes dans la reconnaissance des objets usuels (canif, crayon), il n'y a pas différenciation des monnaies.

XXVII (p. 101).

17. — Léon C..., 41 ans, Bicêtre, 1896.

Motilité. — Hémiplégie gauche ancienne avec contracture.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Conservées, sans erreur dans la localisation.

A la pression. — Très diminuée, pression simple ou différence de poids.

Attitudes segmentaires. — A gauche abolie aux extrémités, au repos comme dans la perception des mouvements passifs.

Agnosie tactile. — Absolue.

OBSERVATION DE BOUCHAUD (résumée).
(*Revue de médecine*, 1903, p. 839).

18. — M. S. H., perte du sens musculaire aux doigts des deux mains, agnosie tactile consécutive.

Longue auto observation, à laquelle manquent un examen médical complet de la sensibilité, et des renseignements précis sur l'état des réflexes et la motilité. Aux multiples détails de l'observation, on se rendra compte qu'on a vraisemblablement affaire à un hystérique, successivement auto-suggestionné par tous les examens qu'il pratique sur lui-même; on arrive ainsi, par d'autres voies, au diagnostic d'hystérie déjà posé par l'auteur.

OBSERVATIONS DE BOURDICAUD-DUMAY (résumées)
(Thèse de Paris, 1897)

I (p. 23).

19. — Pascal J..., 65 ans, Bicêtre, salle Bichat, 29, 1897.

Motilité. — Hémiparésie droite remontant à 2 ans 1/2, progressivement améliorée, marquée surtout au membre supérieur; la main droite n'accomplit pas les actes minutieux (se boutonner, se déboutonner).

Réflexivité. — Réflexe rotulien et réflexe du poignet moins forts à droite qu'à gauche.

Sensorialité. — Hémianopsie.

Sensibilité. — *Tactile.* — 1. Seuil intensif. Sensibilité au contact fortement diminuée à droite, légèrement diminuée à gauche.

2. Localisation. A quelques centimètres près.

Douloureuse. — A droite la piqure d'une épingle doit être assez profonde pour éveiller la douleur.

Thermique. — Intacte.

A la pression. — A droite il faut surcharger la main d'au moins 500 grammes, à gauche 10 grammes suffisent, pour qu'un écart soit perçu.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. Après qu'on a pris soin d'imprimer quelques mouvements aux deux membres supérieurs, la main gauche tâtonne longtemps pour trouver le pouce droit auquel elle arrive en suivant le bras droit; la main droite tâtonne beaucoup moins pour trouver le pouce gauche.

2. Mouvements passifs. A droite, les mouvements communiqués aux doigts, à la main, à l'avant-bras, aux orteils ne sont pas perçus.

3. Mouvements actifs. Ayant à son insu les doigts en demi-flexion, le malade, aussitôt qu'on l'invite à les fléchir, en s'opposant au mouvement, décrit exactement leur position, qu'il peut alors reproduire avec la main gauche.

Agnosie tactile. — « Différents objets mis dans la main droite du malade n'éveillent en lui d'autre idée que l'idée de contact, de chaud ou de

froid. Une bille, un dé, un pinceau, une pièce de monnaie, une pipe, une clef, un godet, une cuiller, une petite fiole, etc., etc... ne peuvent être différenciés par lui tant qu'il les touche de la main droite, alors que s'il les touche avec la gauche, il les reconnaît immédiatement. Tant que les objets sont dans sa main droite, il répond le plus souvent : « Je sens bien quelque chose, mais je ne sais pas ce que c'est. » Quelquefois, il ajoute : « C'est chaud, c'est froid »... Ce sont tous les renseignements qu'il peut fournir. »

III (p. 20).

20. — Léon C..., 67 ans, Bicêtre, salle Laënnec, 5, 1897.

Motilité. — Hémiplegie gauche immobilisant le malade au lit depuis 5 ans ; à gauche il présente exclusivement quelques légers mouvements de flexion et d'extension des doigts, surtout de l'index et du pouce.

Réflexivité. — A gauche, réflexe rotulien conservé, mais un peu diminué, réflexe du poignet conservé.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Considérablement diminuée à gauche, sauf à la face.

A la pression. — A gauche il faut surcharger la main d'au moins 50 grammes, à droite 5 grammes suffisent, pour obtenir qu'un écart soit perçu.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. Après qu'on a pris soin d'imprimer quelques mouvements au membre supérieur gauche, la main droite tâtonne longtemps pour trouver un doigt déterminé de la main gauche, auquel elle arrive en suivant le bras gauche.

2. Mouvements passifs. A gauche, les mouvements communiqués aux doigts, à la main, aux orteils, au pied, souvent même à l'avant-bras et à la jambe, ne sont pas perçus.

Le malade n'arrive pas à placer les membres droits dans l'attitude communiquée aux membres gauches.

Agnosie tactile. — A la main gauche, divers objets, bille, cuiller, fourchette, montre, canif, rond de serviette, n'éveillent d'autre idée que l'idée de contact ; à la main droite, ils sont immédiatement reconnus.

Autopsie. — Un foyer récent, à droite dans le tiers postérieur du globus pallidus et la partie postéro-externe de la capsule interne. Un foyer ancien, à droite, dans le globus pallidus et la substance blanche sous-jacente à l'insula.

V (p. 34).

21. — Jean D..., 59 ans, Bicêtre, salle Bichat, 16, 1897.

Motilité. — Hémiplegie gauche récente, à constitution progressive, en voie de régression.

Sensibilité. — *Tactile.* — Diminuée à gauche, surtout à la main et au pied.

Douloureuse. — 1. Seuil intensif. A gauche une piqure légère est difficilement sentie, surtout à la face palmaire de la main.

2. Localisation. Mauvaise à gauche : au membre supérieur, le malade localise au poignet la piqure à la phalange de l'index, à l'annulaire, la pi-

qûre au tiers inférieur de l'avant-bras, à l'avant-bras, la piquûre au milieu du bras ; au membre inférieur il commet d'aussi grandes erreurs ; au tronc, il indique à 3 ou 4 centimètres près, l'endroit touché ; à la face, enfin, il n'y aucune différence avec le côté sain.

Thermique. — A peu près intacte.

A la pression. — A gauche, il faut arriver à 250 grammes ; à droite, un rien suffit, pour qu'un poids soit perçu.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. Après qu'on a pris soin d'imprimer quelques mouvements au membre supérieur gauche, la main droite tâtonne longtemps pour trouver le pouce gauche, auquel elle arrive en suivant le bras gauche.

2. Mouvements passifs. A gauche, les mouvements communiqués aux doigts, à la main, à l'avant-bras, quelquefois même au bras, aux orteils enfin, ne sont pas perçus.

Agnosie tactile. — A gauche, le malade sent les objets dans sa main, sans pouvoir arriver à les reconnaître, couteau, pince, bille, monnaie, canif, lunettes, etc... ; à droite, il reconnaît immédiatement tout ce qu'on lui présente. Malgré l'amélioration rapide de la sensibilité superficielle, l'agnosie persiste complète ; toutefois, il a pu reconnaître un morceau de pain « aux rugosités de la croûte ».

VI (p. 38).

22. — Gustave N..., 53 ans, Bicêtre, salle Bichat, 21, 1897.

Motilité. — Hémiplegie gauche récente ; à gauche, les doigts, à peu près immobiles, sont légèrement contracturés en flexion.

Réflexivité. — Réflexes rotuliens exagérés, réflexe du poignet exagéré à gauche.

Sensibilité. — *Tactile.* — Progressivement décroissante aux membres gauches, à mesure qu'on descend vers leur extrémité périphérique.

Douloureuse. — 1. Seuil intensif. A la main gauche et à la partie postéro-externe de l'avant-bras gauche, il faut une piquûre assez profonde pour éveiller la douleur ; ailleurs, troubles moins accusés.

2. Localisation. Généralement mauvaise.

Thermique. — Emoussée à gauche.

A la pression. — A gauche, il faut arriver à 50 grammes pour qu'un poids soit perçu, et surcharger la main d'au moins 100 grammes pour obtenir qu'un écart soit perçu ; à droite, il suffit d'un écart de 5 grammes.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. Après qu'on a pris soin d'imprimer quelques mouvements au membre supérieur gauche, la main droite descend le long du bras gauche, vers l'index gauche qu'elle cherche ; mais, ayant rencontré la main d'un aide, qui soutient l'avant-bras gauche, elle saisit le pouce de l'aide, croyant tenir son propre index.

2. Mouvements passifs. A gauche les mouvements communiqués aux doigts et aux orteils, ne sont pas perçus.

Agnosie tactile. — Les objets à forme géométrique, bille, dé, pas plus

que les objets usuels, pipe, cuillère, clef, clef, porte-monnaie, etc..., ne sont reconnus tant qu'ils sont dans la main gauche, alors qu'ils sont reconnus aussitôt qu'ils se trouvent dans la main droite.

VII (p. 42).

23. — Emile D..., 50 ans, Bicêtre, salle Guichard, 21, 1897.

Motilité. — Hémiparésie droite légère, par amélioration progressive d'une hémiplégie droite remontant à 5 ans. Les doigts sont assez mobiles et les mouvements d'opposition du pouce sont conservés.

Réflexivité. — A droite, réflexe rotulien et réflexe du poignet exagérés.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Conservées ; la localisation elle-même se fait d'un façon assez précise.

A la pression. — A droite, il faut surcharger la main d'au moins 20 grammes, à gauche, 5 grammes suffisent, pour obtenir qu'un écart soit perçu.

Attitudes segmentaires. — Mouvements passifs toujours nettement reconnus.

Agnosie tactile. — A droite, altération du sens stéréognostique, au moins dans une certaine mesure, comme on peut s'en rendre compte par l'examen suivant :

OBJET

RÉPONSE

Bille en verre.	C'est une pierre ronde.
Cube en bois.	C'est une pierre carrée.
Cuiller.	Ce sont des castagnettes.
Fourchette.	C'est plat.
Porte-monnaie.	C'est un objet de poche, c'est mou.
Bouton.	C'est comme un bouton.
Un canif.	C'est long et c'est plat.
Un morceau de papier.	C'est un morceau de papier.
Un petit godet.	C'est un bibelot plat.
Une pièce de 10 centimes.	C'est une médaille.
Un autre examen a donné les résultats suivants :	
Un dé.	C'est une petite pierre.
Un rond de serviette. .	C'est peut-être un bracelet.
Une cuiller.	C'est une cuiller.
Une pipe.	C'est creux, à une extrémité, je ne sais pas.
Un couteau.	C'est un couteau.
Un crayon.	C'est un crayon.
Un jeton rectangulaire.	C'est plat.
Un porte-monnaie. . .	C'est peut-être bien une blague à tabac.
Une paire de lunettes.	C'est plat, je ne sais pas ce que c'est.
L'étui de ces lunettes .	C'est un écrin.
Un petit godet.	C'est plat, c'est presque une pièce de 5 francs mais c'est plus épais.

A la main gauche tous ces objets sont aussitôt reconnus et nommés.

OBSERVATIONS DE BOURDON ET DIDE (résumées)

(Année *psychologique*, 1905, **XII**).

I (p. 51).

24. — Victor T..., 38 ans, Rennes, Asile, 1905.

Phases d'agitation maniaque, alternant avec des phases de dépression.

1898. — Ictus, hémiplegie droite — 1902, nouvel ictus, aphémie très passagère, sans troubles sensoriels, aggravation de l'hémiplegie droite.**1908.** — **Motilité.** — Hémiplegie droite, mouvements choréiformes, mouvements volontaires limités.**Réflexivité.** — Réflexes tendineux droits exagérés, Babinski.**Sensibilité.** — *Hémianesthésie*, erreurs grossières dans la localisation aux doigts, élargissement énorme des champs de Weber.*Hémialgésie*, normale ou légèrement exagérée.*A la pression.* — Profondément altérée à droite.*Attitudes segmentaires.* — Profondément altérée à droite.**Agnosie tactile.** — « T... ne reconnaît pas par le toucher avec la main droite, une brosse, une pince, une éponge, etc... il ne sait si un écheveau de laine, une éponge qu'il tient avec la même main, sont durs ou mous. »

II (p. 53).

25. — Auguste-Marie L..., 29 ans, Rennes, Asile, 1905.

Interprétations délirantes multiples, hallucinations auditives épisodiques, idées de persécution mal systématisées.

1900. — Ictus : légère hémiparésie gauche avec hémichorée, réflexes rotuliens forts à droite comme à gauche. Babinski : flexion à gauche, éventail à droite.**1903.** — Ictus : aphémie très passagère, sans aphasie sensorielle, rien dans les membres droits, l'hémiparésie gauche reste la même.**Sensibilité (1).** — « Un examen rapide de l'état de la sensibilité du côté gauche chez L... n'eût probablement révélé que les trois faits suivants : troubles du sens de la température, diminution de l'acuité tactile, troubles de la perception stéréognostique. Peut-être même, si l'examen eût été très superficiel, eût-on considéré L... comme ne présentant que des troubles de la perception stéréognostique. On verra qu'au contraire un examen approfondi du malade a prouvé qu'à peu près toutes les sensibilités, superficielles et profondes, intéressées dans la perception des corps par le toucher, sont chez lui plus ou moins atteintes. »**Tactile.** — Hypoesthésie légère, erreurs dans la localisation, élargissement des champs de Weber.

(1) On pourra se reporter à l'exposé du texte original, très résumé ci-dessus, on y trouvera pour l'examen consciencieux des sensibilités, superficielle et profonde, un plan méthodologique extrêmement détaillé.

Douloureuse. — Normale.

Thermique. — Altérée.

A la pression. — Affaiblie dans la région externe de la main.

Attitudes segmentaires. — Altérée.

Oseuse (au diapason). — Normale.

Agnosie tactile. — « L..., les yeux bandés, palpe les objets placés dans sa main gauche et sa main droite. Nous rapportons ci-dessous ses réponses :

a) Formes simples, planes et en relief :

MAIN GAUCHE.	MAIN DROITE
Cercle en cuivre. — C'est dur ; c'est cylindrique d'un côté, c'est rond de l'autre côté ; c'est pointu.	C'est rond.
Triangle isocèle en zinc (dimensions des côtés : 47 mm., 47 mm., 35 mm.). — C'est pointu ; c'est un triangle.	Pas d'expérience.
Demi-cercle en zinc (diamètre : 40 mm.). — La forme d'un demi-cercle et un triangle.	C'est un demi-cercle.
Hexagone régulier en cuivre. — Un demi-cercle et un triangle.	C'est rond, mais ce n'est pas régulier.
Carré en cuivre. — Je ne sais pas quelle forme.	C'est un carré.
Carré en zinc (37 mm. de côté). — C'est un carré.	C'est un carré.
Rectangle en cuivre. — C'est un carré.	C'est un carré long.
Ovale en cuivre. — C'est un carré.	C'est un demi-cercle.
Cube de bois. — C'est du bois, c'est un cône.	Pas d'expérience.
Une bougie. — C'est en bois, c'est rond.	Pas d'expérience.
Tube de cuivre. — C'est plus léger ; c'est rond ; c'est du fer.	Pas d'expérience.
Rectangle en verre. — C'est du métal.	Pas d'expérience.
Rectangle en liège. — C'est une plaque de carton ; ça a la forme d'un parallélogramme.	Pas d'expérience.
Cylindre en bois. — C'est rond ; c'est en bois.	C'est rond.
Cube en bois. — C'est un carré. — Est-ce un carré ou un cube ? — C'est un cube d'environ 4 à 5 centimètres en bois.	C'est un cube en bois un plus petit, d'environ 4 centimètres.
Bouchon. — C'est un petit rond en bois d'environ 5 centimètres de long sur moins de 3.	C'est un petit rouleau de 4 à 5 centimètres sur 3 ; c'est un bouchon.
Bougie. — C'est la même forme que l'autre, mais plus long et pas si gros.	C'est comme un étui ; c'est de la bougie.
Sphère en fer. — C'est du fer ; ça pèse ; c'est rond, une petite boule.	Pas d'expérience.

Sphère en fer plus petite. — C'est plus petit ; c'est une boule en cuivre.	Pas d'expérience.
Balle de caoutchouc. — C'est une boule ; ça pèse moins que du fer, mais c'est du métal. C'est du fil. C'est plus lourd que du fil.	C'est une gomme ronde.
Anneau de caoutchouc. — C'est une circonférence ; c'est du fil ; c'est dur.	C'est une pelote de fil.
Anneau de caoutchouc de calibre très supérieur. — C'est rond ; c'est en bois ; je ne sais pas ce que c'est.	C'est rond et c'est creux à l'intérieur ; c'est de la gomme.
Boule de tube de caoutchouc plus long que les précédents, mais moins gros. — C'est la même forme, mais c'est plus long et pas si gros. Je ne sais pas ce que c'est.	C'est en caoutchouc ; c'est la même forme.
Anneau de cuivre. — Forme ronde ; c'est du métal.	C'est une bague.
<i>b) Nature des objets.</i>	
Gomme à effacer rectangulaire. — C'est de la tôle ou de l'étain ; ça a la forme d'un demi-cercle et un triangle au bout.	C'est de la gomme et c'est un carré.
Ouate. — C'est du fil.	C'est de l'ouate.
Caillou. — C'est du fer. C'est moins lourd que le fer.	C'est une pierre.
Savon. — C'est une pierre.	C'est un savon.
Laine. — C'est du fil.	C'est de l'ouate ; c'est plus dur.
Ouate et laine comparées. — L... reconnaît la laine ; pour l'ouate, il dit n'avoir rien dans la main.	Pas d'expérience.
Caoutchouc mince en feuille. — C'est de la toile.	C'est du velours.
Satin. — C'est de la toile.	C'est du velours.
Drap. — C'est de la toile.	C'est un chiffon de drap.
Velours. — Je n'ai rien.	C'est du velours.
Coton. — Chiffon de toile.	Petit chiffon de toile.
Drap fin. — Je n'ai rien.	Un petit chiffon de drap.
Eponge. — Caoutchouc.	Petite éponge.
Eponge plus grosse. — Du liège.	Eponge plus grosse.
Gomme à effacer. — De la gomme.	Pas d'expérience.
Plaque de liège. — C'est du bois.	L... la prend d'abord pour du caoutchouc, puis pour du carton ; finalement il la reconnaît.

Plaque de cuivre. — Du carton.

Cuir. — Du carton.

Petite bouteille de verre. — Ne sait ce que c'est ;
dit que c'est en cuivre.

Petite plaque de verre. — Un papier à cigarettes.

Petite plaque de bois. — Un papier à cigarettes.

L... la prend d'abord
pour du verre, puis
il remarque que c'est
très lisse, la prend
pour de la corne,
hésite.

Du carton.

Une bouteille.

Un morceau de verre.

Un morceau de bois.

c) Reconnaissance d'objets usuels.

Ciseaux. — Une clef.

Plume d'oiseau. — Une tige de fer.

Clef. — Des ciseaux.

Tourne-vis. — Je ne sais pas ce que c'est.

Couteau. — Un canif.

Tenailles. — Ça a deux branches en fer ; des pin-
ces.

Une petite pince. — Une petite pince.

Pinceau. — C'est une petite gaule.

Vis. — Une vis.

Lime à grain fin. — Un manche et une tige de
fer.

Clou. — Petite vis.

Une petite branche d'arbre. — C'est en fer.

Cuiller à soupe. — Cuiller.

Fourchette. — Cuiller.

Crayon court. — Pointe.

Chaine de montre. — Je ne sais pas.

Montre. — Une plaque ; un petit carré en fer.

Une boîte d'allumettes. — Reconnue, probable-
ment par le bruit des allumettes contenues dans
la boîte.

Pain frais, très spongieux. — Une boîte.

Brosse. — Une boîte.

Des ciseaux.

C'est une plume.

C'est une clef.

C'est un petit outil, un
tournevis.

C'est un canif.

Des pinces, des tenail-
les.

Une petite pince.

C'est un pinceau.

Une vis.

C'est un ciseau.

Petite pointe.

C'est un petit mor-
ceau de bois.

Cuiller.

Fourchette.

Cheville en bois.

C'est une petite chaine.

Une montre.

Une boîte d'allumet-
tes.

Une éponge.

Une brosse.

On voit par ce qui précède, que L... reconnaît avec quelque difficulté,
les formes simples, très difficilement la nature et la forme des objets usuels.

OBSERVATIONS DE BRÉCY (résumées).
(Thèse de Paris, 1903).

I (p. 153).

26. — T..., 63 ans, Hôtel-Dieu, 1901.

Hémiplégie gauche récente avec hémianopsie latérale homonyme gauche et surdité gauche.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Considérablement diminuée à gauche avec abolition complète au membre supérieur. Topoanesthésie et topoanalgésie.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. Pour saisir sa main gauche avec la main droite, le malade tâtonne, cherche son coude gauche, et suit l'avant-bras gauche, jusqu'à son extrémité.

2. Mouvements passifs. A gauche, les mouvements communiqués aux doigts, à la main, à l'avant-bras, aux orteils, ne sont pas perçus.

Agnosie tactile. — Perception stéréognostique abolie à la main gauche, normale à la main droite.

Autopsie. — Dans l'hémisphère droit, ramollissement étendu de toute la région insulo-temporale, et ramollissement de la portion postéro-externe du thalamus, effleurant la portion postérieure de la capsule interne.

II (p. 157).

27. — L..., 36 ans, Hôtel-Dieu, 1901.

Hémiplégie gauche récente avec déviation conjuguée à droite, hémianopsie latérale homonyme gauche, et surdité gauche.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Considérablement diminuée aux membres gauches, progressivement décroissante, au membre supérieur, à mesure qu'on descend vers son extrémité périphérique, topoanesthésie et topoanalgésie.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. A gauche, perte de la notion de position; la malade a perdu toute conscience de son membre qui lui paraît détaché de l'épaule.

2. Mouvements passifs. Aux membres gauches, les mouvements communiqués ne sont pas perçus.

Agnosie tactile. — A gauche, il n'y a pas de perception stéréognostique.

Autopsie. — Dans l'hémisphère droit, ramollissement central volumineux ayant détruit l'avant-mur, la capsule externe, le noyau lenticulaire, le coude et le segment postérieur de la capsule interne, et le bord supéro-externe de la couche optique.

XII (p. 168).

28. — R..., 59 ans, Hôtel-Dieu, 1901.

Hémiplégie droite récidivante avec aphasie, rapidement améliorée, et hémianopsie homonyme latérale droite.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Considérablement diminuée à droite, avec abolition complète à la main et au membre inférieur. Topo-anesthésie et topo-analgésie à la main et à l'avant-bras droits. Amélioration progressive, avec amélioration minimum à la main et à l'avant-bras.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. A droite, perte de la notion de position du membre supérieur, à condition qu'il soit immobile depuis quelques instants ; pour saisir sa main droite avec la main gauche, le malade tâtonne, cherche son coude droit, et suit l'avant-bras droit jusqu'à l'extrémité.

2. Mouvements passifs. A droite, les mouvements communiqués aux doigts, à la main et à l'avant-bras ne sont pas perçus.

Amélioration progressive : le malade arrive à percevoir les mouvements communiqués qu'il peut reproduire avec le membre gauche.

Agnosie tactile. — Aucune perception stéréognostique. Quand on lui met un objet dans la main droite, en suppléant par des mouvements passifs aux difficultés du palper, le malade sait qu'il tient quelque chose, mais il ne peut en indiquer ni la forme, ni la nature.

Amélioration progressive, parallèle à l'amélioration de la sensibilité et de la motilité : le malade peut fermer la main sur l'objet et le déplacer.

Un crayon. — C'est un objet allongé comme un crayon.

Un sou. — C'est un objet plat, rond, c'est un sou.

Une montre. — C'est un objet d'une certaine épaisseur ; il ne peut en déterminer la forme.

Un morceau de pain. — C'est un objet volumineux. Il ne sait pas ce que c'est.

Il arrive enfin à bien reconnaître la forme des objets, il n'hésite que pour les identifier et les nommer.

XV (p. 174).

29. — B..., 66 ans, Hôtel-Dieu, 1902.

Hémi-parésie droite avec paraphasie, consécutive à une hémiplégie droite avec aphasie remontant à deux ans.

Sensibilité. — *Tactile et douloureuse.* — 1. Seuil intensif. Diminuée à la main droite et à l'avant-bras droit.

2. Localisation exacte.

Attitudes segmentaires. — A droite le malade sent les mouvements passifs, mais sans pouvoir préciser l'attitude communiquée à ses doigts, à sa main ou à son avant-bras.

A droite, très légère ataxie dans les mouvements du membre supérieur.

Agnosie tactile. — Aucune perception stéréognostique à droite ; le malade n'arrive pas à décrire la forme des objets, même quand on supplée par des mouvements passifs aux difficultés du palper. Il répond toujours : « je ne sais pas ».

XVI (p. 175).

30. — B..., 49 ans, Hôtel-Dieu, 1901.

Hémi-parésie droite surtout marquée au membre supérieur, consécutive à une hémiplégie droite avec aphasie remontant à deux ans, progressivement améliorée par le traitement anti-syphilitique ioduré.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — 1. Seuil intensif, normale

2. Localisation exacte.

Attitudes segmentaires. — Le membre supérieur gauche reproduit bien les mouvements passifs communiqués au membre supérieur droit.

Agnosie tactile. — A la main droite, le malade reconnaît difficilement la forme des objets, même quand on varie le contact en imprimant aux doigts des mouvements passifs.

XVII (p. 175).

31. — D..., 59 ans, Hôtel-Dieu, 1901.

Hémi-parésie droite avec mouvements inhabiles, atrophie musculaire et diminution dans la force du membre supérieur droit, consécutive à une hémiplégie droite avec aphasie, remontant à sept ans, et ayant duré trois mois.

Sensibilité. — *Tactile et douloureuse.* — 1. Seuil intensif. Très diminuée au membre supérieur droit, normale pour le reste du corps.

2. Localisation exacte.

Thermique. — Normale.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. La main gauche n'a qu'une légère hésitation pour trouver la main droite.

2. Mouvements passifs. Les mouvements communiqués au membre supérieur droit sont exactement perçus.

Agnosie tactile. — Avec sa main droite, le malade reconnaît bien la forme des objets, mais il se trompe sur leur nom.

OBSERVATIONS DE CHATIN (résumées)
(*Revue de médecine*, 1900).

I (p. 785).

32. — **Hémiplégie** gauche avec contracture, troubles trophiques et tremblement, remontant à sept ans, chez une femme de 43 ans.

Sensibilité. — Hémianesthésie *tactile, douloureuse et thermique* maximum à la main gauche, avec erreurs énormes dans la localisation.

Sens musculaire. — Absolument conservé.

Agnosie tactile. — Absolue, la malade ne peut d'ailleurs pas palper elle-même.

II (786).

33. — **Hémiplégie** gauche avec contracture et troubles trophiques, remontant à sept ans, chez une femme de 54 ans.

Sensibilité. — Hémianesthésie d'intensité moyenne, *tactile, douloureuse et thermique*, avec grosses erreurs dans la localisation.

Sens musculaire. — Conservé.

Agnosie tactile. — La malade ne reconnaît pas les objets quand ils sont petits, mais arrive à les reconnaître quand ils sont gros.

V (p. 789).

34. — Hémiplégie gauche avec contracture légère du membre supérieur, troubles trophiques, rire et pleurer spasmodiques, remontant à deux ans, chez une femme de 58 ans.

Sensibilité. — *Tactile et douloureuse.* — Diminuées au maximum à la main gauche, avec erreurs de localisation ; *thermique*, normale, au moins au membre supérieur.

Sens musculaire. — Conservé.

Agnosie tactile. — La malade ne reconnaît pas les petits objets usuels ; la paralysie est assez forte pour empêcher qu'elle palpe elle-même.

VI (p. 789).

35. — Hémiplégie droite avec contracture et troubles trophiques, remontant à sept ans, chez une femme de 62 ans.

Sensibilité. — Hémianesthésie *tactile, douloureuse, thermique et musculaire*.

Agnosie tactile. — Absolue, mais sa contracture rend la malade incapable de palper elle-même.

OBSERVATIONS DE CHIPAULT (résumées).

(*Gazette des hôpitaux*, 1902).

I (p. 611).

36. — Jeune homme. Cinq ans après une fracture avec enfoncement du frontal, crises jacksonniennes droites, sans troubles de la motilité, sans atrophie musculaire, sans troubles des sensibilités habituellement recherchées.

« Je m'aperçus que le malade avait également perdu, les yeux fermés, la possibilité d'exécuter les mouvements à signification spéciale et la possibilité de les reconnaître quand on les lui faisait exécuter passivement. Je m'explique : Si, le malade ayant les yeux fermés, je lui plaçais le bras tendu, l'index allongé, il me décrivait bien la position donnée à son membre, mais sans arriver à en expliquer la signification ; et si je lui disais, toujours après lui avoir fermé les yeux : « faites le geste de désigner un objet dans le lointain », il ne pouvait y réussir, alors que, si je détaillais ; « étendez le bras, étendez l'index, fermez les autres doigts », il y réussissait parfaitement ».

Agnosie tactile. — Aussi bien d'une main que de l'autre, le malade n'arrivait pas à reconnaître un porte-plume, un lorgnon, etc..., quoiqu'il en

décrivit, très nettement, les caractères physiques, et quoiqu'en voyant l'objet, il connût son nom, sans hésitation ni erreur.

Intervention. — Adhérences serrées sur les circonvolutions rolandiques.

II (p. 612).

37. — Epilepsie jacksonnienne brachiale droite, avec **agnosie tactile** droite.

Autopsie. — Tubercule rolandique et prérolandique droit.

III (p. 612).

38. — Epilepsie jacksonnienne droite ; intervention à la région rolandique gauche, angiome piocortical très étendu ; on enlève en bloc au bistouri un cône cérébral comprenant l'angiome et le tissu cérébral sous-jacent ; guérison : aphasie motrice passagère, **incoordination motrice** des membres droits sur laquelle le malade attire l'attention en se plaignant d'être obligé sans cesse de regarder son travail

OBSERVATIONS DE CHRÉTIEN (résumées).

(Thèse de Paris, 1902).

I (*in extenso*, p. 75).

39. — (Cette observation sera publiée par MM. Dide et Bourdon. Elle n'a pas été prise spécialement pour l'étude de la perception stéréognostique, et elle ne nous appartient pas. MM. Dide et Bourdon nous ont permis seulement d'y prendre les quelques renseignements qui nous intéressaient. Il s'agit d'un malade de 56 ans, qui bien qu'interné à l'asile n'est pas un dément.)

Sensibilité tactile. — 1. *Sensibilité à la pression.* — Est un peu diminuée, perçoit la pression pour un poids de 13 grammes, ne sent rien pour un poids de 1 gramme.

2. *Perception cutanée spatiale.* — Dans la majorité des cas, il localise correctement, le diamètre des cubes de sensation paraît normal.

Sensibilité musculaire. — 1. *Sensations d'orientation.* — Il sait dans quelle position sont ses membres ; sait aussi dans quelle position il est, si, couché sur une table, on le relève en l'inclinant.

2. *Sensations articulaires.* — Semblent mieux conservées dans le bras et la main gauches que dans la main droite.

Mouvements actifs. — Normaux. On peut remarquer que l'appréciation des poids est plus exacte dans la main gauche que dans la droite.

Perception stéréognostique. — Main gauche.

Boule de 32 millimètres de diamètre. Il dit : c'est rond.

Cube de 3 centimètres de côté. Il dit : c'est carré.

Disque de 4 centimètres de diamètre. Il dit : c'est carré.

Sphère de 24 millimètres de diamètre : c'est rond.

Main droite. La même sphère il dit : c'est carré.

Main gauche. Un triangle équilatéral de 4 centimètres de côté, il dit : il y a trois pointes.

En somme la perception stéréognostique est affaiblie surtout dans la main droite.

Images visuelles. — Reconnaît difficilement les couleurs ; cécité littéraire complète ; difficulté à reconnaître les images d'objets. En ce qui concerne plus particulièrement les formes, il ne distingue pas toujours un rond d'un carré, dessinés soit sur un papier, soit sur un tableau noir.

Mémoire. — La mémoire des faits anciens, et en particulier de l'histoire de sa vie est très émoussée, pour les faits récents elle est meilleure.

Agnosie tactile. — Si ce n'est pour les objets très usuels.

III (p. 78).

40. — Hémiplégie gauche, avec contracture, remontant à 18 ans, chez un homme de 56 ans : motilité presque abolie dans le membre supérieur gauche.

Sensibilité. — Superficielle ou profonde abolie dans tous ses modes.

Agnosie tactile. — Absolue à gauche, reconnaissance immédiate à droite.

IV (p. 79).

41. — Hémiplégie droite avec contracture, remontant à deux ans, chez un homme de 36 ans : motilité des doigts presque abolie à droite.

Sensibilité. — A la pression, sensation d'orientation, sensation des mouvements passifs du bras (les doigts contracturés sont presque immobiles), normales.

Discrimination tactile à champs très agrandis.

Agnosie tactile. — A droite, absolue ; à gauche, reconnaissance immédiate.

V (p. 80).

42. — Hémiplégie gauche avec contracture, remontant à 15 ans, chez un homme de 57 ans.

Sensibilité. — Discrimination tactile, sensibilité à la pression, sensation d'orientation, sensation des mouvements passifs extrêmement altérées.

Agnosie tactile. — A gauche, absolue ; à droite, reconnaissance immédiate.

VII (p. 83).

43. — Hémiplégie droite avec contracture et dysarthrie légère, remontant à neuf ans, chez un homme de 64 ans : motilité des doigts abolie à droite.

Sensibilité. — Discrimination tactile, sensibilité à la pression, sensation d'orientation, normales.

Attitudes segmentaires. — Les mouvements passifs sont perçus dans le membre supérieur droit, mais avec une amplitude exagérée, « le bras droit est fortement contracturé, les doigts de la main droite sont tellement con-

tracturés en flexion, qu'il m'a été impossible de rechercher si la malade avait la notion des positions respectives de ses doigts.

Agnosie tactile. — Quelques renseignements sur la forme sans reconnaissance objective à droite ; reconnaissance immédiate à gauche.

OBSERVATIONS DE CLAPARÈDE (résumées).

(Année *psychologique*, 1898, V).

VIII (p. 76).

44. — Mme B..., 50 ans, ancienne épileptique jacksonnienne, aveugle depuis 26 ans.

Motilité. — Son bras droit jouit d'une motilité parfaite, bien qu'elle le trouve « comme engourdi ».

Sensibilité (main droite). — *Tactile, douloureuse et thermique.* — 1. Seuil intensif. Normale.

2. Localisation. Normale.

3. Seuil extensif. Champs de Weber un peu plus larges à droite qu'à gauche.

A la pression. — Affaiblie.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. Mauvaise aux doigts.

2. Mouvements passifs. Bien perçus.

Agnosie tactile. — « La malade est incapable de décrire la forme des objets placés dans sa main droite. Elle les trouve durs ou mous, elle reconnaît les angles à ce que « ça pique » et les objets ronds à ce que « ça ne pique pas ». Elle cherche à se diriger d'après le poids ou la température, ou encore d'après le bruit que font certains objets lorsqu'on les palpe, mais elle n'a aucune perception stéréognostique réelle. »

« Ce cas est d'autant plus frappant que par suite de sa cécité la malade a constamment exercé son sens du tact, et distingue instantanément les objets placés dans sa main gauche (saine) et souvent (pour les objets usuels) sans même exécuter le moindre mouvement de palpation. »

IX (p. 76).

45. — Ch. V..., 49 ans. Hémiplegie gauche ancienne avec hémiataxie persistante.

Motilité. — Les doigts gauches se meuvent normalement malgré l'ataxie.

Sensibilité — *Tactile.* — Très peu affaiblie, avec élargissement léger des champs de Weber.

Tous les autres modes de la sensibilité (sens musculaire compris) sont normaux.

Agnosie tactile. — « Les objets placés dans la main gauche ne sont désignés qu'après hésitation ; souvent la forme exacte n'est pas reconnue, bien que le malade sente que « c'est rond, c'est dur, c'est plat, c'est mince, c'est carré. »

OBSERVATION DE CLAUDE ET JACOB (résumée).

(Revue neurologique, 1909, p. 357).

46. — M. D..., 52 ans, Salpêtrière, 1909.

Sclérose en plaques probable, remontant à 6 ans, avec marche spasmodique, Babinski bilatéral, ataxie légère et tremblement intentionnel esquissé aux membres supérieurs, mouvements nystagmiformes dans les positions extrêmes du regard.

Le malade est entré parce qu'il arrive difficilement à fabriquer, comme autrefois, les petits jouets en bois : sa main gauche inhabile laisse échapper les objets dont elle commence à mal sentir la nature et la forme.

Sensibilité. — Normale, sauf à la main gauche. *Tactile douloureuse et thermique.* — 1. Seuil intensif. Normale.

2. Localisation exacte.

3. Seuil extensif. Pour obtenir la discrimination tactile, il faut arriver aux écarts suivants :

	A gauche	A droite
Doigts.	8 à 10 mm.	4 mm.
Paume et dos	25 mm.	15 mm.
Avant-bras.	80 mm.	60 mm.

A la pression. — Normale.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. Hésitation pour trouver la main droite avec la main gauche, mais surtout pour trouver la main gauche avec la main droite.

2. Mouvements passifs. Les mouvements communiqués aux doigts sont bien perçus et décrits.

La main droite reproduit aisément l'attitude de la main gauche.

Osseuse (au diapason). — Normale.

Agnosie tactile — Troubles légers de la reconnaissance : le malade identifie difficilement les qualités primordiales d'un objet, jamais l'objet lui-même au premier examen, mais une fois qu'il a fait à nouveau connaissance avec l'objet, il l'identifie à tout coup au milieu d'objets neufs qu'il n'identifie pas.

Les auteurs estiment qu'il faut rapporter aux légers troubles décrits des sensibilités élémentaires cette agnosie courte et légère ; ils réservent, toutefois, l'hypothèse d'une agnosie par amnésie chez un sujet intelligent et déprimé.

OBSERVATION DE CLAUDE ET ROSE (résumée).

(Revue neurologique, 1907, p. 183).

47. — Mme Marie B..., 32 ans, vigneronne, Salpêtrière, 1907.

Il y a deux ans (*janvier* 1906), hémianopsie gauche au début, lentement et progressivement croissante, jusqu'à effacement total du champ visuel gauche.

Six mois après, céphalalgies droites violentes avec nausées fréquentes, mais sans vomissements.

Puis apparition lente et progressive d'une hémiparésie gauche, jambe au début, bras ensuite, enfin la face.

A l'entrée : douleurs paroxystiques violentes dans la nuque, irradiant vers les épaules, particulièrement la gauche, vertiges avec chute et perte de connaissance, mais sans convulsions.

11 janvier 1907. — **Motilité.** — Hémiparésie gauche, plus aux membres qu'à la face, affaiblissement musculaire, amyotrophie diffuse.

Réflexivité. — Réflexes tendineux exagérés, les réflexes rotuliens des deux côtés, le réflexe archilléen, les réflexes du poignet et du coude uniquement à gauche.

Ebauche de trépidation épileptoïde et Babinski à gauche.

Réflexe pupillaire très faible à la lumière.

Sensorialité. — Hémianopsie latérale homonyme gauche ; stase pupillaire bilatérale légère.

Ouïe (otite), goût et odorat normaux.

Sensibilité. — *Hémianesthésie* gauche du type cérébral, c'est-à-dire totale aux extrémités des membres et sur les parties latérales du tronc, mais diminuant vers la ligne médiane ou vers la partie proximale des membres, où l'hypoesthésie est d'ailleurs encore très marquée. A la face, paresthésie du côté gauche, toutes les excitations sont perçues comme du froid.

Anesthésie de toutes les articulations des membres du côté gauche.

Agnosie tactile. — Absolue.

Les auteurs estiment qu'il s'agit d'un néoplasme à siège principalement thalamique.

OBSERVATIONS DE DEJERINE.

I. — DEJERINE (*in extenso*).

(*Revue neurologique*, 1906, p. 598).

48. — La malade que je montre à nos collègues est depuis près d'un an dans mon service ; elle présente les symptômes du syndrome thalamique et à cet égard son observation très détaillée sera publiée prochainement par mon ancien interne M. Roussy, dans sa thèse inaugurale consacrée à l'étude clinique et anatomopathologique de ce syndrome.

Il s'agit d'une femme de 49 ans hospitalisée dans mon service depuis juillet 1905 pour des troubles de la sensibilité dans la moitié droite du corps. Le début de son affection remonte à janvier 1904, époque à laquelle elle fut frappée d'hémiplégie droite légère et de troubles de la vision, sans troubles de la parole.

Etat actuel. — Pas d'hémiplégie faciale. Le membre supérieur droit est très légèrement affaibli, mais tous les mouvements s'exécutent avec une très grande facilité et presque avec autant de force qu'à gauche. Au membre inférieur droit on ne note pas de faiblesse musculaire, à part une très légère

diminution d'amplitude des mouvements des orteils. Pendant la marche, la malade traîne très légèrement cette jambe. Pas trace de contracture dans les membres. Pendant les mouvements du membre supérieur droit, il existe un certain degré d'ataxie, qui se rencontre également dans le membre inférieur du même côté. Réflexe rotulien plus fort à droite qu'à gauche. Réflexes achilléens égaux des deux côtés. Réflexe plantaire en flexion des deux côtés. Pas de phénomène du pied. La réaction des orteils est normale et se fait des deux côtés en flexion plantaire.

Sensibilité. — Depuis le début des accidents, c'est-à-dire depuis plus de cinq ans, la malade souffre de douleurs vives dans le côté droit du corps, bras, jambes et tronc, surtout dans le bras et la main. Ces douleurs sont comparées par la malade à un courant qui remonte de bas en haut dans les membres, courant chaud qui ressemble à des brûlures, douleurs à caractère profond.

Sensibilité objective. — Intacte partout, exagérée même sur toute la moitié droite du corps (pinceau de blaireau), sauf sur le petit doigt de la main droite où elle est abolie. Mais le sens de la localisation des impressions est altéré. Conservé seulement sur les pulpes unguéales, où la malade localise parfaitement les impressions, il est altéré sur la peau des phalanges et des phalanges où un attouchement est toujours rapporté à la peau de la phalange correspondante. Un attouchement du creux de la main est localisé à droite ou à gauche de l'endroit touché par le pinceau, avec une erreur de distance de 2 à 3 centimètres. Le seuil extensif (compas de Weber) est également touché. Sur la peau des pulpes unguéales l'écart avec la main saine est à peu près du double, et l'écartement augmente sur les phalanges et les phalanges.

Sensibilité douloureuse. — Hyperalgésie de toute la moitié droite du corps, sauf sur le petit doigt où elle est abolie et la partie inférieure du membre inférieur. Hyperesthésie thermique, froid et chaud, surtout pour le chaud, dans les mêmes régions. Le sens de la pression est conservé, mais réveille de la douleur. La sensibilité osseuse est très exagérée sur tous les os du côté droit ; elle est abolie pour le petit doigt et le métacarpien correspondant.

Sens des attitudes. — Altéré légèrement. La malade reconnaît assez bien les positions que l'on imprime à ses doigts, mais elle en estime très mal le degré et lorsqu'on ramène à l'extension un doigt préalablement fléchi, elle croit qu'il reste légèrement fléchi. La malade reproduit avec sa main gauche les attitudes passives imprimées à sa main droite et ne peut exécuter le phénomène inverse. Au membre inférieur, il existe de l'anesthésie sur l'extrémité inférieure de la jambe et au pied ; et, dans ce dernier organe, la notion des attitudes est complètement abolie pour les orteils et le cou-de-pied. Sphincters intacts.

Sens spéciaux. — Vue : hémianopsie homonyme latérale droite avec réaction pupillaire hémiporique. Fond de l'œil intact. Rien à noter du côté des autres sens spéciaux.

Perception stéréognostique. — La malade ayant les yeux fermés, on lui

met successivement dans la main droite, puis dans la gauche, des objets en lui demandant d'en indiquer le nom :

OBJET	MAIN DROITE	MAIN GAUCHE
Une clef.	C'est un objet assez long, mince, dur, qui a un trou à une extrémité.	Une clef.
D. A quoi cela sert-il ? R. Je ne sais pas ce que c'est.		
Un dé à coudre.	C'est court, assez épais, un peu rugueux, rond et percé d'un trou.	Un dé à coudre.
D. Cet objet quel est-il ? R. Je ne sais pas.		
Une pièce de deux sous en cuivre.	C'est rond, c'est mince, c'est dur.	Une pièce de 2 sous.
D. Quel est cet objet, son usage ? R. Je ne sais pas.		
Une montre séparée de sa chaîne.	C'est un rond plus grand que l'objet précédent, c'est aussi plus épais. Ce n'est pas plus dur. Il y a quelque chose sur un des côtés du rond.	C'est une montre.
D. Quel est le nom de l'objet ? R. Je ne puis le dire, car je ne le reconnais pas en le touchant.		
Une boîte d'allumettes de la régie vide de son contenu.	C'est long d'un côté et moins long de l'autre. C'est plus épais que l'objet précédent et beaucoup moins dur.	Une boîte d'allumettes.
D. A quoi sert cet objet ? R. Je ne sais pas.		
Un couvercle de lampe à alcool.	C'est froid, rond, lisse, assez long, et c'est creux.	Tube court en verre.
Morceau de sucre.	C'est une pierre, c'est plus long qu'épais, c'est rugueux.	Un morceau de sucre.
Crochet à bottines.	C'est plus dur et plus froid à un bout, il y a une extrémité ronde qui doit être en bois.	Crochet à bottines.
D. A quoi cela sert-il ? R. Je ne sais pas.		

Cette malade bien que reconnaissant avec sa main droite les trois dimensions des objets, leur forme générale, ainsi que leurs qualités physiques, — froid, chaud, dureté, mollesse relatives, — est cependant incapable d'en indiquer les usages et le nom.

Chez elle la palpation s'exécute aussi facilement avec les doigts de la main droite qu'avec ceux du côté sain, main gauche, et cette impossibilité de reconnaître et partant de dénommer les objets tient uniquement aux troubles de la sensibilité qui existent chez elle et que j'ai indiqués plus haut.

II. — DEJERINE ET CHIRAY (résumée)

(Revue neurologique, 1904, p. 502).

49. — Pauline V..., 40 ans, couturière, Salpêtrière, 1904.

Syndrome de compression radiculaire vraisemblablement par une ou plusieurs plaques de méningite syphilitique sur la huitième racine cervicale et la première racine dorsale droites, ayant entraîné, depuis plus d'un an, un engourdissement avec fourmillements à la face interne de l'avant-bras droit, et dans les trois derniers doigts de la main droite.

Motilité du membre supérieur droit. — Affaiblie surtout dans les trois derniers doigts, particulièrement aux fléchisseurs, sans atrophie musculaire ; les mouvements nécessaires à la palpation sont altérés seulement dans leur force mais non dans leur délicatesse.

Sensibilité. — *Superficielle.* — 1. Seuil intensif. Hypoesthésie tactile, douloureuse et thermique, topographiée sur la moitié cubitale de la main et de l'avant-bras droits, nettement limitée à la main sur la ligne médiane par une ligne droite, qui partage en deux parties égales le médius et la main, tant sur la face dorsale que sur la face palmaire.

2. Seuil extensif. Sur la région cubitale, ainsi hypoesthésique, aucun écartement du compas, quelque étendu qu'il soit, n'arrive à déterminer la discrimination tactile ; sur la région saine, au contraire, les champs de Weber sont normaux.

Attitudes segmentaires. — Aux trois derniers doigts, les mouvements communiqués ne sont pas perçus ; ils sont exactement perçus, au contraire, aux deux premiers.

La main gauche n'arrive pas à reproduire l'attitude qu'on imprime à la main droite ; la main droite, au contraire, reproduit parfaitement l'attitude qu'on imprime à la main gauche.

Osseuse (au diapason). — Abolie aux trois derniers doigts et dans le cubitus, normale aux deux premiers doigts et dans le radius.

Agnosie tactile. — Quand on place dans les trois derniers doigts et la moitié interne de la main, un objet quelconque : clef, montre, pièce de monnaie, couteau, la malade palpe facilement l'objet, car elle a conservé une motilité très suffisante pour le faire. Elle apprécie à la rigueur la consistance (dureté, mollesse), la température de l'objet, mais elle ne peut dire la forme de ce qu'elle tient dans la main. Si on déplace l'objet, et si on le met entre le pouce et l'index, il est aussitôt reconnu.

III. — DEJERINE ET EGGER (*in extenso*).*(Revue neurologique, 1899, p. 892).*

50. — Homme de 39 ans, corroyeur. Syphilis il y a sept ans. Depuis deux mois et demi, attaques d'épilepsie partielle du côté gauche avec chute et perte incomplète de connaissance. La crise commence par des mouvements de l'index s'étendant au bras, à l'avant-bras, à la moitié gauche de la

face, puis à la jambe. Pas de généralisation au côté du corps. Depuis le début, il y a eu cinq crises analogues. A la même époque, apparition de céphalée violente et actuellement persistante, ayant son maximum au niveau de la région pariétale droite.

3 décembre 1899. — *Motivité*. — Pas d'hémiplégie des membres ou de la face, toutefois la force musculaire du bras gauche est nettement diminuée et les réflexes tendineux — radiaux et patellaire — sont exagérés de ce côté.

Sensibilité cutanée. — Intacte sous tous ses modes, tact, douleur, température — dans la moitié gauche comme dans la moitié droite du corps. L'examen le plus minutieux ne dénote pas l'existence de la plus légère altération des divers modes de cette sensibilité ; pas la moindre différence d'un côté à l'autre chez ce malade. Sens de localisation : très altéré sur les membres supérieurs et inférieurs avec erreurs très grandes dans la localisation des impressions. Cercles de sensation : ces cercles sont agrandis sur les membres supérieur et inférieur du côté gauche. C'est ainsi que sur les pulpes digitales — à l'état normal on perçoit un écartement de 2 millimètres du compas — il faut un écartement équivalent à la longueur d'une phalange pour que le malade ait la perception de deux contacts. Les sensibilités douloureuse et thermique sont également intactes des deux côtés.

Sensibilité profonde. — Abolition complète dans les doigts de la perception des mouvements passifs et de leurs attitudes. Ces troubles diminuent en remontant vers la racine du membre ; moins accusés déjà au niveau du poignet, ces troubles de la sensibilité profonde n'existent plus au niveau de l'articulation du coude.

Pour le membre inférieur, il en est de même ; toutefois ici, ces troubles qui diminuent également en remontant de bas en haut, sont moins accentués qu'au membre supérieur. Ces troubles de la sensibilité profonde nous expliquent la légère incoordination motrice du membre supérieur gauche, lorsqu'on dit au malade de toucher la pointe de son nez et de boutonner ses vêtements.

Sens stéréognostique. — Lorsqu'on place un objet quelconque dans la main gauche du malade, ce dernier ayant les yeux fermés, et qu'on lui fait palper cet objet, qu'il s'agisse d'une clé, d'un porte-monnaie, d'une boîte d'allumettes, il dit du premier que c'est un objet dur, lisse et froid ; du second que c'est quelque chose de mou, moins lisse et moins froid. Quant à la boîte d'allumettes, il en décrit également les qualités physiques correspondantes, mais pas plus que pour les autres objets, il n'est capable d'en indiquer la forme et partant le nom. L'expérience répétée à l'aide d'un grand nombre d'objets donne toujours les mêmes résultats négatifs, et on peut affirmer que chez ce malade, le sens stéréognostique de la main gauche a complètement et totalement disparu. Dans la main droite, ce sens est au contraire absolument normal.

Sensibilités spéciales. — Intactes sous tous les modes ; l'examen campimétrique montre que le champ visuel est normal, ainsi que le fond de l'œil examiné à l'ophtalmoscope par M. Rochon-Duvigneaud. L'odorat, le goût et l'ouïe ne présentent aucune différence d'un côté à l'autre.

Les auteurs rapportent les symptômes observés à la localisation d'une plaque de méningite gommeuse à la partie moyenne de la corticalité rolandique gauche.

IV. — DEJERINE et EGGER (résumées).

(*Revue neurologique*, 1903, p. 228).

A (p. 397, avec autopsie in Roussy, Thèse de Paris, 1907, p. 228).

51. — Mme P. J..., 76 ans, Salpêtrière, salle Parrot, 12, 1903.

Hémiplégie gauche légère et régressive ; conservation intégrale dans les membres paralysés de tous les mouvements, affaiblis seulement dans leur force. Hémiaxie légère, tremblement hémichoréique intermittent.

Réflexes rotuliens et réflexes achilléens exagérés aux deux membres inférieurs, mais plus à gauche qu'à droite. Pas de Babinski.

Douleurs violentes du côté paralysé.

Hémianesthésie gauche à diminution centripète persistante après la disparition de l'hémiplégie, *superficielle* (tactile surtout, douloureuse et thermique), et *profonde* (sensibilité à la pression, attitudes segmentaires et sensibilité osseuse).

Agnosie tactile gauche, absolue : la malade ne reconnaît ni les propriétés physiques, ni la forme, ni la signification d'un objet.

Autopsie (1904). — Lésion thalamique droite isolée.

B (p. 400, avec autopsie in Roussy, Thèse de Paris, 1907, p. 234).

52. — Mme V. H..., 62 ans, Salpêtrière, salle Barth, 14, 1903.

Hémiplégie gauche légère : tous les mouvements sont possibles, mais affaiblis. Hémiaxie, sans hémichorée.

Réflexes tendineux, forts des deux côtés, sauf l'olécrânien plus fort à gauche. Pas de Babinski.

Troubles dysesthésiques, sans douleurs du côté paralysé.

Hémianesthésie gauche à diminution centripète, *superficielle* (tactile surtout, douloureuse à forme dysesthésique) et *profondes* attitudes segmentaires, la sensibilité thermique et la sensibilité osseuse sont normales.

Agnosie tactile. — A gauche, absolue.

Autopsie (1904). — Lésion thalamique droite isolée.

OBSERVATION DE DIDE ET DUROCHER (résumée).

(*Revue neurologique*, 1905, p. 802).

53. — Raphaël P... Rennes, Asile, 1904.

Hémiplégie droite assez légère, sans aphasie.

Réflexes tendineux plus forts à droite qu'à gauche ; Babinski aboli à droite normal à gauche.

Douleurs avec exacerbations paroxystiques dans tout le côté droit.

Hémianesthésie droite *superficielle* (tactile douloureuse et thermique) et *profonde* (attitudes segmentaires).

Agnosie tactile. — Le malade ne peut reconnaître un couteau, un crayon, une clé, etc...

Autopsie. — Lésion thalamique droite.

OBSERVATION DE DUFOUR (résumée).

(*Société médicale des hôpitaux*, 1902, p. 893).

54. — M. M..., 27 ans, confiseur, Andral (consultation), 1909.

Tuberculose osseuse, tuberculose pulmonaire fébrile bilatérale en voie de ramollissement; céphalalgies violentes avec vomissements, remontant à 3 mois; pas d'hystérie.

Incidemment, le malade accuse un phénomène bizarre, ayant rapidement suivi l'apparition des maux de tête. Exerçant le métier de confiseur il a constaté qu'il avait perdu la notion exacte des objets qu'il prend dans la main droite. Il écrase les sucreries qu'il manipule et cette maladresse l'a contraint à quitter sa profession.

Motilité. — Aucun trouble à droite, au membre supérieur ou au membre inférieur; tous les mouvements sont bien exécutés.

Réflexivité. — Réflexes normaux, pas de Babinski, léger clonus du pied droit, seule manifestation d'une lésion de la voie motrice descendante.

Sensibilité. — A droite, toutes les sensibilités, superficielles ou profondes, normales au bras et à l'avant-bras. présentent, à commencer du milieu des métacarpiens, une altération progressivement croissante jusqu'à l'extrémité des doigts, aussi bien à la face palmaire qu'à la face dorsale de la main.

Sensibilités superficielles. — Tactile surtout, mais aussi douloureuse et thermique. Il n'y a malheureusement aucun renseignement sur la localisation, ni sur la discrimination tactile.

Sensibilités profondes. — A la pression surtout. A l'extrémité des doigts, il faut ajouter à la pression initiale 100 grammes, 20 grammes à gauche, 100 grammes à droite, pour qu'un écart soit perçu.

Aux mouvements passifs. Aux deux dernières phalanges seulement, les mouvements communiqués ne sont pas perçus; à la première phalange, ils sont parfaitement perçus et décrits.

Agnosie tactile. — A la main droite, aucun objet usuel (canif, montre, tire-bouchon, porte-mine, clef, coupe-papier, etc...) n'éveille une représentation globale, malgré la palpation parfaite. Le malade dit bien: « Ceci est long, ceci rond, tel objet est lisse, ou rugueux », mais il lui est impossible de donner son nom.

L'auteur estime qu'il existe chez son malade, une plaque de méningite tuberculeuse chronique, sur les circonvolutions rolandiques.

OBSERVATION DE MAX EGGER (résumée).
(*Revue neurologique*, 1907, p. 420).

55. — Mlle R. A. . . , 12 ans, Salpêtrière, salle Cruveilhier, 1907.

Décembre 1905. — Epilepsie jacksonnienne droite, à crises progressivement croissantes (12 par jour).

Octobre 1906. — Intervention, sans résultat, sur la région rolandique gauche : hémiplegie droite consécutive, avec hémianesthésie absolue, réflexes tendineux exagérés à droite et Babinski bi-latéral.

Mars 1907. — **Motilité.** — Hémiplegie progressivement améliorée, crises épileptiques espacées.

Réflexivité. — Réflexes tendineux exagérés à droite, Babinski disparu.

Sensibilité. — Hémianesthésie progressivement améliorée. — *Tactile.* —

1. Seuil intensif. Attouchement au pinceau, senti partout, sauf à l'index et à l'annulaire.

2. Seuil extensif. Pour obtenir la discrimination tactile, il faut arriver aux écarts suivants :

Main droite : pouce, 70 millimètres ; index : 100 millimètres ; médius : 50 millimètres ; annulaire : 5 millimètres ; auriculaire : 30 millimètres ; paume : 35 à 45 millimètres.

A la pression. — « La baresthésie est bonne, la malade distingue une différence de 40 grammes sur les doigts et dans l'intérieur de la main. La main gauche ne fait pas d'évaluations plus fines. »

Attitudes segmentaires. — Sensibilité normale.

« Les seules sensibilités qui soient au-dessous de la normale, ce sont la sensibilité à la piqure et les sensibilités thermiques. Avant de procéder à l'examen de la fonction gnosique, nous réveillons, par la sommation, les deux sensibilités émoussées. Après un bain de main de 45° durant 10 minutes, les perceptions thermiques et douloureuses sont redevenues normales.

Aussi, les cercles de Weber se sont rétrécis sous cette influence esthésiogène à 3 et à 1 centimètre.

Revenons maintenant à notre malade agnosique. Elle a à sa disposition une sensibilité tactile normale, un sens des attitudes normal, une localisation normale ; le seul déficit est un petit élargissement des cercles de Weber. Et malgré cette riche sensibilité, elle est incapable de reconnaître, par la palpation, les objets les plus usuels avec sa main droite, tandis que la gauche les reconnaît tous, en les palpant, et la plupart sans recourir à la palpation.

Morceau de sucre : c'est carré, c'est rugueux, c'est dur.

Cuillère : c'est long, c'est froid, c'est une clef.

Crayon : c'est long, dur, rond, c'est comme une canne.

Ciseaux : c'est une cuillère, elle arrive avec les doigts dans les anneaux, les écarte, et continue à dire que c'est une cuillère, etc., etc. . .

Pomme de terre ; c'est rond, c'est gros, c'est dur, c'est un savon.

Nous pourrions ainsi allonger la liste de nombreux objets ; toujours, la malade reconnaît plus ou moins les propriétés physiques ou moléculaires et le plus souvent, elle peut s'élever à la conception de la forme, mais jamais elle ne sait trouver la notion et le nom de l'objet. »

OBSERVATIONS DE GASNE (résumées).
(*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1898).

I (p. 46).

56. — A..., 36 ans, employé d'octroi, hystérique, auto-suggestionné sur sa main depuis qu'il a ressenti, dans tout le membre supérieur gauche, « quelque chose de bizarre » en voulant retenir un paquet qui tombait ; auto suggestionné sur ses yeux, sur lesquels on a cherché et trouvé un trouble spécial à l'hystérie : l'abolition des mouvements oculaires absolue pour l'élévation et la convergence et relative pour les autres mouvements, quand on fait intervenir l'attention, — avec intégrité parfaite des mêmes mouvements quand ils s'exécutent inconsciemment.

Sensibilité superficielle ou profonde, normale à l'examen complet.

Agnosie tactile. — « qu'on mette dans la main gauche des objets très usuels, une montre, une clef, une pièce de monnaie, un crayon, du bois de l'étoffe, du papier, que la main droite reconnaît instantanément, le malade ne peut dire ce que tient la main gauche ; il dit c'est chaud, c'est froid, c'est lisse, mais je ne sais pas ce que c'est ».

II (p. 47).

57. — Madame P..., 44 ans, hémiplégie gauche avec contracture d'origine hystérique apparue brusquement, disparue le surlendemain, avec hémianesthésie le premier jour, hyperesthésie douloureuse le lendemain.

Sensibilité. — Aucun trouble de la sensibilité n'a persisté, sauf l'at-teinte à gauche de la discrimination tactile.

Agnosie tactile. — « La main gauche ne reconnaît ni une allumette, ni un crayon, ni une pièce de monnaie, ni une bille d'ivoire, elle ne distingue pas la soie du coton ou de la laine. La malade ne peut que dire, c'est chaud, c'est froid. »

OBSERVATION DE KLIPPEL, SERGUEEF ET M. P. WEIL (résumée).
(*Revue neurologique*, 1908, p. 695).

58. — Paul C..., 69 ans, comptable, Tenon, salle des chroniques, 23, 1908.

Hémiplégie droite légère, sans aphasia, remontant à 4 ans.

Réflexes tendineux exagérés à droite. Babinski.

Douleurs du côté paralysé ; diminution du goût, perversion de l'odorat.

Sensibilité. — *Superficielle.* — Tactile peu altérée, douloureuse, dyssthésique, avec erreurs de localisation ; thermique dissociée.

Profonde. — Très atteinte (sensibilité à la pression, sens des attitudes segmentaires).

Agnosie tactile. — Absolue : le malade ferme la main sur l'objet, et déclare qu'il ne tient rien. Si l'objet est volumineux, il sent quelque chose qui l'empêche de fermer sa main.

Les auteurs estiment qu'il s'agit d'un syndrome thalamique.

OBSERVATION DE LEJONNE ET EGGER (résumée).

(*Revue neurologique*, 1906, p. 571.)

59. — Mlle C..., 20 ans, Salpêtrière, 1906.

Apoplexie : Après la phase aiguë, hémiparésie droite, progressivement décroissante, hémianesthésie droite complète, légèrement améliorée par la suite, aphasie motrice et sensorielle plus lentement dissipée. Rétrécissement mitral.

Juin 1906. — **Motilité.** — Hémiparésie droite au minimum, aucune contracture, léger affaiblissement musculaire.

Réflexivité. — Réflexes tendineux et réflexes osseux plus forts à droite, ébauche de clonus du pied.

Pas de Babinski, pas d'Oppenheim.

Sensibilité. — *Tactile.* — 1. Seuil intensif. Normale.

2. Localisation. Erreurs grossières aux doigts, à la main, et au poignet.

3. Seuil extensif. Elargissement des champs de Weber aux doigts, à la main et à l'avant-bras.

Douloureuse. — Franchement diminuée surtout au pied et à la main.

Thermique. — Normale.

A la pression. — Elle n'apparaît guère émoussée.

Attitudes segmentaires. — Perception des mouvements passifs abolie ou très altérée, surtout au pied et à la main.

Osseuse (au diapason). — Légèrement affaiblie au pied et à la main.

Agnosie tactile. — « Si l'on place successivement différents objets dans la main droite de la malade, elle en reconnaît parfaitement les diverses qualités ; elle dit si l'objet est dur ou mou, lisse ou rugueux, chaud ou froid ; pour la forme et la dimension, les renseignements qu'elle donne, sont assez souvent exacts, mais parfois elle se trompe ; ainsi, ayant dans la main une bille en stuc, elle dit très bien : c'est froid, c'est dur, c'est lisse ; mais elle ajoute : c'est arrondi et allongé.

Pour une pièce de deux sous elle dit : c'est du métal, c'est plat, c'est lisse, c'est rond, etc... la notion des trois dimensions des objets, la perception stéréognostique en un mot n'est donc pas absolument intacte. Enfin, elle est tout à fait incapable de nommer l'objet qu'elle tient dans sa main ; sur

plus de 15 objets présentés, elle ne tente pas plus de 4 ou 5 fois d'en nommer un, et pas une seule fois, elle ne tombe juste ».

OBSERVATIONS DE LONG (résumées).
(Thèse de Paris, 1899).

XXXVI (p. 153).

60. — Hémiplégie gauche avec hémianopsie, contracture et mouvements choréiformes du bras gauche, remontant à 4 mois, en voie d'amélioration chez un ancien syphilitique, âgé de 49 ans.

Sensibilité. — Hypoesthésie gauche *tactile, douloureuse et thermique*, avec erreurs grossières dans la localisation des excitations (5 à 20 cent.).

Sensibilité à la pression, sens des *attitudes segmentaires* très altérés à gauche.

Agnosie tactile. — Absolue, malgré les mouvements lents des doigts.

XXXVII (p. 154).

61. — Hémiplégie droite, avec dysarthrie sans aphasie, remontant à 4 mois, progressivement améliorée, jusqu'à n'être plus qu'une hémiparésie extrêmement légère, chez un homme de 54 ans.

Sensibilité. — *Tactile et douloureuse*, affaiblies. — *Thermique*, normale à droite, avec erreurs grossières dans la localisation des excitations (10 à 20 c/m.).

Sens des *attitudes segmentaires* altéré à droite, au repos, comme aux mouvements passifs.

Agnosie tactile. — Absolue, malgré les mouvements des doigts, non seulement pour la signification, mais encore pour la forme des objets.

XXXVIII (p. 155).

62. — Hémiparésie droite, avec amaurose, et mouvements aisés, mais plus ou moins ataxiques du membre supérieur droit, remontant à 13 ans, chez une ancienne syphilitique âgée de 54 ans.

Sensibilité. — Hypoesthésie *tactile, douloureuse et thermique*, avec écarts de localisation considérables.

Sens des *attitudes segmentaires* altéré à droite, au repos, comme aux mouvements passifs.

Agnosie tactile. — Quoique la malade puisse faire presque tous les mouvements nécessaires, à la palpation des objets, elle n'en apprécie, ni la forme, ni les autres caractères essentiels.

XII (p. 155).

63. — Hémiplégie droite, avec contracture, remontant à un an 1/2, chez un homme de 44 ans.

Sensibilité. — Hémianesthésie droite, *tactile, douloureuse et thermique*, avec erreurs dans la localisation des excitations.

Sens des *attitudes segmentaires* altéré : notion de position imparfaite à droite.

Agnosie tactile absolue.

XL (p. 156).

64. — L..., 54 ans, publiciste, Salpêtrière (consultation), 1897.

Motilité. — Hémiparésie droite avec tremblement et mouvements choréiformes à la main droite, après hémiplegie droite avec dysarthrie légère aujourd'hui disparue, remontant à 6 mois.

Sensibilité. — « La sensibilité générale est intacte (*tactile, douloureuse et thermique*), les sens spéciaux également.

La localisation cutanée d'un contact, même léger, se fait exactement, et la notion de position des membres n'est pas altérée à droite. »

Agnosie tactile. — « Chez ce malade, tous les mouvements de la main droite sont possibles ; il peut opposer le pouce à l'index ; mais dans l'acte du palper ces mouvements sont moins précis que du côté gauche, et lorsqu'on lui donne à reconnaître un objet placé dans sa main, bien qu'il en sente immédiatement le contact, il analyse lentement les résultats fournis par la sensibilité cutanée. Pour un pinceau il sent d'abord la partie dure qu'il compare à un cure-dents, puis les poils, et il nomme ensuite l'objet. Si c'est un bouchon, il le compare à un petit tube, mais il n'en sent pas la consistance élastique qu'il reconnaît immédiatement avec la main gauche. Pour une pièce de 5 francs, il sent la dureté du métal et le poids, mais il croit que c'est une plaque quelconque, tandis qu'avec la main gauche il sent tout de suite les aspérités de la surface. Sur un bouton de chemise il sent la partie plate, puis la tige et l'extrémité arrondie, il nomme ensuite l'objet. Pour un mètre à ruban il indique assez vite le nom, et dit qu'il a senti l'enroulement de la chevillière ».

OBSERVATIONS DE NOICA ET AVRAMESCU (résumées).

(*Revue neurologique*, 1906.)

I (p. 99).

65. — Bucarest, hospice Pantélimon. — Sur 4 tabétiques, à troubles radiculaires des sensibilités superficielle et profonde, N. et A. ont constaté une agnosie superposable à topographie radiculaire.

Sensibilité. — Aux deux membres supérieurs, sur la bande interne (face interne du bras, face interne de l'avant-bras, bord interne de la main, avec les trois derniers doigts), on constate des troubles variables des sensibilités *tactile, douloureuse et thermique*, dans l'intensité, la localisation et la discrimination tactile, toujours particulièrement altérée, associés à des troubles profonds de la sensibilité à la *pression*, du sens des *attitudes segmentaires* et de la sensibilité *osseuse*.

Agnosie tactile. — Les objets familiers : bouchon, dé, petite clé, monnaie, bouton, n'ont jamais été reconnus, soit entre les trois, soit entre les deux derniers doigts et la paume ; ils ont toujours été rapidement connus soit entre le pouce et l'index, soit entre l'index et le médius et la paume, avec le pouce à l'écart.

II

Bucarest, hospice Pantélimon. — Sur deux malades, à troubles périphériques localisés des sensibilités superficielle et profonde, N. et A. ont constaté une agnosie tactile à topographie périphérique superposable.

I (p. 592 et 1024).

66. — J. B..., 27 ans, névrite cubitale droite, après coupure à la main.

Sensibilité. — A la main droite, dans le territoire périphérique du cubital, *anesthésie, hypoalgésie et hypothermésie*, avec agrandissement des champs de Weber, associées à des troubles marqués de la sensibilité à la pression, du sens des attitudes, *segmentaires*, abolis au petit doigt, troublé seulement à l'annulaire, et de la sensibilité osseuse au diapason.

Agnosie tactile. — Entre les deux derniers doigts et la face palmaire, les objets (bouchon, monnaie, plume, etc...) ne sont pas reconnus ; ils sont reconnus entre les trois premiers doigts et la face palmaire. Quelquefois, grâce à la sensibilité normale du segment externe de l'annulaire, un caractère est reconnu (rondeur d'un sou, par exemple) mais l'objet n'est pas identifié.

Examen nouveau le 20 juillet 1909. « Le malade ayant les yeux fermés on lui met dans la main droite, entre les deux derniers doigts et la partie correspondante de la face palmaire différents objets ; et pour corriger la difficulté qu'il a de remuer bien l'objet, nous l'aidons dans ce sens :

OBJETS.	RÉPONSES.
Un carré en bois . . .	Un objet dur, mais il ne peut en dire davantage.
Un bouchon de liège .	C'est rond, un peu mou, mais je ne sais pas ce que c'est.
Une clé	C'est dur, cela paraît long, lisse, mais je ne sais pas ce que c'est.
Un dé à coudre. . . .	C'est froid, c'est rond, je ne sais pas ce que c'est ». Mais aussitôt que nous avons mis le dé dans son doigt annulaire, il a deviné que c'est un dé.
Une pièce de 5 francs .	C'est rond, c'est plat, ça doit être une pièce de 5 francs.
Une pièce de 5 centimes.	Un corps plat, c'est dur, il ne sait pas ce que c'est ; mais aussitôt que nous avons retourné la pièce, pour qu'il sente les bords de la monnaie, il nous a répondu que c'est une pièce de 5 centimes.

Une cuillère C'est dur, c'est creux, c'est une cuillère.
 Un canif C'est dur, c'est rond, mais il ne sait pas ce que
 c'est.

En résumé, notre malade présente un trouble dans une partie de la main, consistant en ce fait que, dans la grande majorité des cas, il ne se rend pas compte de l'objet qu'on lui a mis dans la main. Il ne peut pas nous dire quel est cet objet, quel est son nom, quoiqu'il se rende compte, avec les yeux fermés, de quelques-uns des caractères de l'objet.

II (p. 593).

67. — M. D. A..., 44 ans, pseudo-tabes alcoolique récent : aux deux membres supérieurs, névrite localisée au médian.

Motilité. — Affaiblissement musculaire, mouvements des mains difficiles, particulièrement aux trois premiers doigts.

Sensibilité. — Aux deux mains, engourdissement, fourmillements dans les trois premiers doigts.

Aux deux mains, dans tout le territoire périphérique du médian, *hypoesthésie et hyperalgésie* avec agrandissement des champs de Weber, associés à des troubles du sens des *attitudes segmentaires* et de la sensibilité osseuse au diapason dans l'index et le médius.

Agnosie tactile. — Entre les trois premiers doigts et la paume, un objet n'est pas reconnu ; il est immédiatement reconnu entre les deux derniers doigts et la paume.

OBSERVATION DE RAYMOND (résumée).

(Clinique de la Salpêtrière, 1897-1898, p. 15.)

68. — Epilepsie jacksonnienne avec hémiparésie brachiale droite, opérée par Chipault en trois temps d'un angiome de la pie-mère, enlevé avec le tissu cortical sous-jacent de la région rolandique, le tout ayant environ le volume moyen d'une demi-orange (voir obs. 38) : guérison.

Deux mois après. **Motilité.** — Inhabileté sans affaiblissement musculaire à la main droite.

Sensibilité. — Tactile, douloureuse et thermique partout conservées, avec hésitations dans la localisation ; musculaire conservée ; le malade perçoit bien un écart de 10 grammes, aucun autre renseignement.

Agnosie tactile droite.

OBSERVATION DE RAYMOND ET EGGER (*in extenso*).

(Revue neurologique, 1906, p. 371.)

69. — Mme L..., âgée de 61 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Elle s'est mariée à l'âge de 24 ans, a eu sept enfants, dont cinq sont morts de méningite, les 2 enfants qui vivent sont bien portants. Pas d'alcoolisme, sobre et travailleuse.

Histoire de la maladie. — Au commencement de février 1906, la malade commença à sentir des fourmillements dans la main droite. De son métier de couturière, elle se frottait les mains chaque fois que les fourmillements venaient la gêner dans son travail. Mais bientôt, le petit doigt s'engourdit et se paralysa. Le lendemain vient le tour de l'annulaire, le surlendemain du médus et, au bout de quelques jours, tous les doigts de la main droite étaient paralysés, et la main tomba. Inquiète de cet état de chose, la malade vient consulter à la Salpêtrière. En s'en retournant chez elle, elle se sent prise de vertiges et de bourdonnements d'oreilles et d'un malaise indéfinissable, qui alla en augmentant une fois rentrée chez elle. Apeurée, elle va jusqu'à l'escalier pour appeler la concierge, mais la parole lui manqua. Elle retourne dans sa chambre et attend jusqu'à trois heures de l'après-midi, lorsqu'arrive une amie; elle ne peut s'expliquer à sa visite, parle de travers. On fait chercher le médecin, qui ne vient que le lendemain lorsque tout s'était dissipé, et que la malade avait de nouveau retrouvé l'usage intelligible de sa parole. Ceci s'était passé le 22 février; durant un certain temps encore, la malade avait un certain degré d'amnésie pour les mots usuels. En pleine conversation avec son mari, il lui arriva de ne pas trouver le mot. Actuellement, c'est-à-dire un demi-mois après son ictus, il ne reste plus rien de son aphasie. La malade s'explique parfaitement bien. La lecture, de même que l'écriture spontanée et l'écriture sous dictée, s'exécutent normalement.

Etat actuel. — Monoplégie de la main droite en voie d'amélioration. Actuellement la main n'est plus tombante, la malade peut la redresser. Les doigts sont encore un peu fléchis, mais la malade peut les faire remuer dans tous les sens. Le mouvement est encore lent. Le pouce peut être opposé à l'index, au médus, et à l'annulaire. Mais l'indépendance chez divers mouvements fait encore défaut. La flexion ou l'extension d'un doigt entraîne les mouvements des autres et l'effort se communique aux segments homologues de la main gauche. Donc, la paralysie est strictement limitée à la main. Au niveau de l'avant-bras et du bras, mouvements et force sont normaux. Tous les réflexes tendineux du membre supérieur droit sont exagérés. A gauche, ils sont normaux; du côté de l'extrémité inférieure, tout est normal. Il n'y a ni signe de Babinski, ni signe d'Oppenheim, ni trépidation du pied.

Le facial ne montre pas trace de paralysie, la malade ferme l'œil gauche ou l'œil droit indépendamment l'un de l'autre. La langue est tirée en ligne droite.

Il n'y a pas d'agueusie ou d'hémianopsie. Tout est normal du côté des yeux.

Sensibilité : a) *sensibilité cutanée.* — L'examen de la sensibilité, pratiqué à plusieurs reprises a révélé ce qui suit : intégrité absolue de tous les modes de sensibilité cutanée. Les impressions tactiles douloureuses et thermiques sont aussi bien senties sur la main droite que sur la gauche. Il n'y a que pour le seuil extensif des sensations un léger trouble. Les cercles de Weber sont un peu plus agrandis, sur cette main droite.

Ainsi, pour avoir la sensation du contact simultané de deux points, un écartement de 2 millimètres suffit pour les pulpes de la main gauche, tandis que ces mêmes parties exigent, à droite, un écartement de 3 à 4 millimètres.

D'une manière générale, la moitié radiale de la main est plus défectueuse que la moitié cubitale. Les cercles de Weber atteignent, sur la moitié radiale de la paume, 1 millimètre et demi d'écartement contre un demi-millimètre seulement du côté cubital. Tout l'avant-bras droit participe encore à cette diminution peu prononcée du seuil extensif.

Les erreurs de la localisation sont aussi plus prononcées sur la moitié radiale de la main. C'est ainsi qu'un attouchement du pouce est localisé sur l'annulaire ou le petit doigt et les attouchements de l'index sur le médius ou l'annulaire; par moments, la malade localise juste.

La sensibilité à la pression est un peu émoussée.

b) *Sensibilités profondes.* — Les vibrations du diapason sont un peu moins fortement senties dans la main droite que dans la gauche. Pour les os de l'avant-bras, l'intensité de la sensation redevient normale.

Sens des attitudes. — La malade perçoit très bien les mouvements passifs, qu'on fait exécuter à ses doigts. Elle sait si on fléchit, ou si on étend les doigts; elle sait quel est le doigt fléchi ou étendu. Cependant, il lui arrive par moments de confondre le petit doigt et l'annulaire avec le médius et l'index.

La malade imite très bien les attitudes des doigts de la main droite avec la gauche et vice-versa.

L'estimation des poids est un peu moins fine dans la main droite que dans la gauche. La malade fait cependant une différence de 15 grammes.

Examen de la perception stéréognostique. — Quand on place dans cette main droite, paralysée, les objets les plus divers, la malade reconnaît parfaitement bien leurs formes. Elle nous dit si l'objet est rond ou carré, s'il est épais ou plat, s'il est gros ou petit, s'il est bombé d'un côté ou creux et l'autre.

En consultant la liste des objets qui ont été palpés par la malade, on verra que la perception de la tridimensionalité des objets est parfaitement conservée.

OBJET.	MAIN DROITE.	MAIN GAUCHE
Dé	C'est petit, j'ai le doigt dedans, je ne sais ce que c'est.	Un dé.
Bouton en porcelaine plat avec 4 trous.	C'est un petit objet, qui a un fond, c'est un dé.	Bouton de porcelaine.
Flacon en verre rond	C'est rond d'un côté, avec un fond plat, c'est froid, c'est un verre.	C'est un flacon.
Montre	Ce n'est pas si gros que la main, c'est de l'acier ou du verre, c'est plus épais qu'une pièce de 5 fr.	Montre

Une grande clé. . .	C'est en acier, c'est plus long que ma main, c'est un manche. Au moment où le pouce entre dans l'anneau ; c'est des ciseaux.	Une clé.
Pipe en bois avec armature en métal	C'est gros, c'est rugueux, il y a du bois et du métal.	C'est une pipe.
Cuillère à dessert plus longue que la main.	C'est lisse, c'est du métal, c'est plus long que ma main, ce sont des ciseaux.	Une cuillère.
Morceau de sucre carré	C'est rugueux, il y a des angles, c'est plat.	Sucre.
Orange	C'est gros, c'est rond, c'est rugueux, c'est dur.	Orange.
Mouchoir de poche.	C'est mou, c'est rugueux, ce n'est pas du coton ni du papier.	Mouchoir.
Bouchon de liège. .	C'est un cigare, c'est triangulaire.	Bouchon de liège.
Faux-col.	C'est du carton.	Faux-col.
Rondelle de verre, grande comme un miroir de poche .	C'est plat des deux côtés, c'est lisse, c'est de l'acier.	Un miroir de poche.
Pot en porcelaine avec couvercle en métal.	C'est rond, c'est plus gros qu'un bouchon, moins gros que ma main.	Un pot de pomme.
Chaînette à gros anneaux.	C'est en acier ou en verre, c'est un dé, c'est une clé.	Chaînette.
Cuillère en corne .	C'est plus gros que ma main, c'est bombé d'un côté et creux de l'autre, c'est en bois ou en corne.	Cuillère en corne.
Cuillère à moutarde.	C'est gros comme un crayon, un peu plus épais.	Cuillère à moutarde.
Eponge mouillée. .	C'est froid, c'est humide, c'est mou, ce n'est pas un mouchoir.	Eponge.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans le cas présent, c'est le fait, que non seulement la malade sait indiquer les propriétés moléculaires des objets, telles que le lisse et le rugueux, le dur et le mou, le froid et le chaud, etc..., elle sait encore parfaitement bien décrire la forme de l'objet. L'organe palpant transmet alors ces éléments sensitifs au sensorium. Toutes les impressions incitées par le palper arrivent intégralement à la corticalité ; là, elles ne restent pas à l'état de perceptions isolées ; les diverses sensations se combinent pour former la notion de l'étendue et la notion encore plus complexe de la forme.

La conservation du sens stéréognostique, de la faculté de reconnaître la

tri-dimensionalité des objets, est la meilleure garantie de l'intégrité de tous les centres sensitifs et de leurs voies d'association.

Il est d'autant plus curieux de constater que la malade qui sait décrire jusqu'à la dernière de toutes les qualités physiques de l'objet ne puisse pas trouver le mot pour le désigner.

OBSERVATIONS DE ROSE ET EGGER (*in extenso*).

(*Semaine médicale*, 1908, 28 octobre.)

I (p. 521).

70. — Il s'agit d'une femme de 54 ans, hospitalisée à la Salpêtrière pour un tremblement du membre supérieur droit. Indemne de syphilis, mais présentant un passé héréditaire lourd de tuberculose, ayant perdu deux enfants et son mari d'accidents tuberculeux, cette malade eut, il y a cinq ans, une attaque apoplectique suivie d'hémiplégie droite et d'aphasie qui guérirent l'une et l'autre. Elle avait cependant de temps en temps des accès de paralysie brusque et passagère de la main droite, quand, il y a un an, après une très forte émotion, elle fut prise d'un tremblement de ce même membre. Actuellement, elle présente ce tremblement, qui, nul au repos, ne survient qu'à l'occasion des mouvements intentionnels; on constate aussi un peu de faiblesse des membres du côté droit. Les réflexes sont vifs des deux côtés; il n'y a ni phénomène de Babinski, ni signe d'Oppenheim. Cette femme est absolument incapable de reconnaître un objet quelconque par le tact, les yeux fermés. A un premier examen superficiel, il nous avait d'abord semblé que la sensibilité était intacte. Or, un examen plus approfondi nous a montré que toutes les variétés sensitives étaient atteintes, quoique à un degré minime, et ces troubles sensitifs sont moins accusés dans la bande radiculaire externe qu'au niveau de la bande interne; le contact est senti partout, mais, d'après la malade, avec moins de netteté à droite qu'à gauche; de même, la piqure; pour la perception de températures moyennes, on note des erreurs aux extrémités des derniers doigts. La localisation n'est pas mauvaise, les erreurs étant à peine plus grandes qu'à l'état normal.

La malade imite correctement de la main saine, les mouvements imprimés à la main droite, mais elle dit se rendre moins bien compte des mouvements de celle-ci que de celle-là; cependant, elle ne commet pas d'erreur sur la direction du mouvement. Les vibrations du diapason sont perçues pendant un temps légèrement plus court à droite que du côté opposé; par contre, le seuil de la perception des pressions est notablement abaissé et les cercles de Weber sont agrandis; enfin, l'appréciation de la longueur des objets est très troublée. Il n'y a pas d'ataxie. La patiente, dont l'intelligence est moyenne, est de plus extrêmement nerveuse et impressionnable, et il est possible que l'hémi-tremblement intentionnel soit de nature névropathique. Quant aux troubles sensitifs, ils sont certainement le reliquat d'une hémi-hypoesthésie plus prononcée; car cette femme nous raconte qu'autre-

fois elle laissait échapper les objets qu'elle tenait à la main, ce qui aujourd'hui ne lui arrive plus. Son agnosie tactile, malgré la légèreté des troubles sensitifs, est à peu près totale ; elle ne reconnaît qu'incidemment un caractère de l'objet palpé, le plus souvent elle se trompe grossièrement.

II (p. 522)

71. — Claviste (très intelligent), âgé de 41 ans, a été pris brusquement, le 6 septembre dernier, de fourmillements dans le bras et la jambe droits, et d'une hyperesthésie très douloureuse du côté droit du cou et du cuir chevelu. Au bout de trois ou quatre jours, ces phénomènes se sont amendés, sauf au niveau de la main droite, où les fourmillements persistent et qui est restée maladroite : le malade ne se rendant pas compte de la force à employer pour un acte donné. La force musculaire et les réflexes sont normaux ; il existe une ataxie des plus nettes de la main droite. La sensibilité superficielle est intacte et la localisation bonne, mais le contact et la piqure provoquent, au niveau des pulpes digitales, une sensation de picotement. Les mouvements et attitudes passifs de la main droite sont correctement reproduits par la main saine ; sauf de rares erreurs, pour les mouvements des dernières phalanges. Les vibrations du diapason sont perçues moins longtemps à droite. La sensibilité à la pression est notablement diminuée ; de même l'appréciation des poids est mauvaise, le malade ne distinguant pas des différences de 40 grammes alors qu'à gauche des différences de 5 grammes sont perçues. Il est incapable de reconnaître des différences de longueur de 2 cent. 1/2 à droite, il perçoit à gauche des différences d'un demi-centimètre. Eh bien, cet homme arrive à identifier les objets, après un temps assez long et en se servant, dit-il, surtout des notions de consistance.

III (p. 522).

72. — Nous venons d'observer dans le service de notre maître, M. le Professeur Raymond, un malade qui présentait une asymbolie tactile à l'état de pureté. Il s'agit d'un homme de 33 ans qui vint à la Salpêtrière consulter pour l'impossibilité dans laquelle il était, de reconnaître les objets qu'il tenait dans la main gauche ce qui le gênait dans son métier (il est employé chez un loueur de bicyclettes). Ses antécédents héréditaires sont dénués d'intérêt ; lui-même, dit avoir eu des convulsions à deux ans, avoir été réformé après dix-huit mois de présence sous les drapeaux pour faiblesse de la vue. Il nie avoir eu la syphilis ; il s'est marié, il y a cinq ans, a une petite fille de vingt mois, et sa femme n'a pas fait de fausses-couches (ces dires ont été contrôlés). En décembre 1907, il a commencé à présenter quelques troubles mentaux qu'on qualifia d'anémie cérébrale ; à ce moment, il aurait divagué pendant quatre ou cinq jours, il était méchant et présentait une forte amnésie. En même temps, une gêne motrice s'installa progressivement dans le bras gauche. Les accidents du côté du bras ont persisté, tandis que les troubles mentaux ont disparu et depuis, suivant lui, sa santé morale et mentale aurait été parfaite.

A son entrée dans le service, à la fin de mars 1908, il présentait une euphorie mentale très marquée, qui touchait à la vantardise. Par contre, en dehors de ce qui le regarde personnellement, son jugement est peu atteint ; sans qu'il soit irritable, il est vexé des rires de ses camarades de salle ; il est absolument orienté dans le temps et dans l'espace ; le calcul mental est bon, et s'il présente une amnésie quelconque, elle est très légère : il se rappelle aussi bien des faits anciens, comme la cause de la mort de son père, que des faits récents ; il donne, par exemple, des détails corrects sur son métier, sur sa vie. Son affectivité n'est guère troublée. A aucun moment, nous n'avons constaté de l'excitation ou de l'abattement. Cependant, sa femme affirme que l'intelligence du malade a baissé. Il est très facile de fixer son attention. En dehors de ces troubles mentaux suffisamment caractéristiques, il présente un tremblement de la langue, de temps en temps un peu d'achoppement de la parole, un signe d'Argyll prononcé à droite, ébauché à gauche, et à la ponction lombaire une lymphocytose moyenne.

Du côté droit et au membre inférieur gauche, rien d'anormal, sauf une légère exagération des réflexes tendineux. Au membre supérieur gauche, la force musculaire est intacte, les réflexes sont un peu vifs. On note des mouvements involontaires des doigts, sortes de secousses qui font croire au premier abord à un tremblement à grandes oscillations irrégulières ; ce pseudo-tremblement ne survient, d'ailleurs, que par moments. On retrouve des secousses musculaires (fasciculaires) analogues dans tous les muscles du membre et l'on note une légère ataxie kinétique. La sensibilité se comporte de la façon suivante : *a*) le tact est tout aussi bien perçu à gauche qu'à droite, de même la douleur ; *b*) pour le froid et le chaud, le malade prétend qu'ils l'impressionnent moins à gauche qu'à droite, mais, objectivement, même en utilisant des différences de températures modérées, on ne le voit jamais se tromper sur la qualité ; *c*) la localisation tactile est tout à fait parfaite ; les pointes du compas de Weber sont senties comme deux contacts, à 2 millimètres, tandis qu'à droite elles le sont déjà à 1 millimètre et demi (pulpes des doigts) ; le sujet apprécie suffisamment la distance (grandeur d'une boîte d'allumettes) ; *d*) les notions de position et de mouvement de tous les segments des doigts et de la main sont intactes ; le malade perçoit le moindre mouvement ; *e*) la sensibilité à la pression et la sensibilité au diapason ne montrent aucun déficit ; *f*) quant à l'estimation des poids, l'examen de la reconnaissance tactile nous a prouvé que le patient savait différencier des poids assez voisins.

Nous avons encore examiné la sensibilité au point de vue de la reconnaissance de certains caractères élémentaires dans laquelle interviennent surtout les sensibilités au tact et à la pression et cela en lui faisant reconnaître des étoffes : il distingue la laine du coton, mais pour le velours il le confond souvent avec le drap et il prend parfois la soie pour du calicot. Il faut ajouter que, du côté droit, il n'est guère plus habile. Quand on lui fait reconnaître des objets, voici comment il se comporte.

Morceau de sucre. — Après l'avoir laissé palper un certain temps, on lui

demande si c'est lisse ou rugueux ? — « C'est rugueux ». Est-ce rond ou carré ? — « Carré, il y a des angles ».

Clef. — « C'est froid ». — Est-ce du métal, ou du bois, ou du verre ? — « Ce doit être du métal ». — Est-ce long ou court ? — « C'est long, il y a quelque chose au bout ».

Ciseaux. — « C'est froid, c'est en fer, c'est pointu à un bout ». Pendant qu'il manipule les ciseaux, les branches s'écartent sans qu'il en fasse cas, et il répond qu'il ne sait pas ce que c'est.

Bouchon de liège. — « C'est long d'un côté, c'est plat de l'autre, il y a même un trou de ce côté » (trou du tire-bouchon) — Est-ce dur ? — « Oui, j'essaie d'y planter mes ongles qui plient, donc c'est dur ».

Son pince-nez n'est reconnu qu'au bout de cinq minutes. Il ne reconnaît pas son porte-monnaie tout en disant que c'est mou et qu'il y a une partie dure et métallique.

Crayon. — « C'est rond, pointu à un bout, cela peut être une tige ».

Petite clé. — « C'est un métal, c'est léger, c'est tout petit, cela a une drôle de forme ».

Pipe en bois. — « C'est drôle comme forme, c'est gros. Il y a une queue ». Il met les doigts dans la cheminée de la pipe sans en faire la remarque.

Dé à coudre. — « C'est rond d'un côté, c'est rugueux, c'est de la porcelaine, ce n'est pas assez froid pour être du métal, ou si c'est du métal, à force de le tripoter, il est devenu chaud ».

Pièce de 5 francs. — C'est rond, c'est plat, c'est lisse, cela peut être un miroir ou une pièce de deux sous ».

Clou. — « C'est mince, c'est pointu, je ne sais pas ce que c'est ».

Avec la main droite, il reconnaît et dénomme immédiatement les objets. La reconnaissance visuelle et auditive est parfaite.

Le malade est resté dans le même état pendant un mois au cours duquel nous l'avons examiné à plusieurs reprises, en présence de deux de nos collègues. Depuis le commencement du mois de mai, la reconnaissance tactile, quoique plus lente, est revenue du côté gauche sans que, pour le reste, son état ait changé jusqu'en juillet, époque à laquelle la déchéance mentale a marché à grands pas. Actuellement, le malade est à l'asile.

OBSERVATION DE ROSE ET FRANÇOIS (résumée).

(*Encéphale*, 1908, I, p. 40.)

73. — G..., 28 ans, comptable, Salpêtrière, 1907.

Sclérose en plaques confirmée : paraplégie spasmodique avec réflexes rotuliens et achilléens exagérés, trépidação épileptoïde et Babinski aux deux pieds, nystagmus et tremblement intentionnel léger.

Sensibilité. — « La sensibilité superficielle est normale à tous les modes. La sensibilité profonde est au contraire très atteinte, le sens des attitudes est complètement perdu au niveau des doigts, du poignet, des orteils, et de l'articulation tibio-tarsienne ; il est troublé, quoique moins profondément, au niveau des coudes et des genoux ».

Agnosie tactile. — « Le sens stéréognostique est absolument aboli aux deux mains : le malade est tout à fait incapable de reconnaître, les yeux fermés, les objets qu'on lui donne : il peut définir à peu près correctement leur consistance, mais leur forme ne peut être déterminée, même approximativement ».

(Malgré l'absence du signe d'Argyll-Robertson, on se demande à la lecture de cette observation, s'il n'y faut pas voir une sclérose combinée : troubles subjectifs de la sensibilité minutieusement décrits, à forme tabétique (anesthésies, paresthésies, constrictions, douleurs) ; station debout impossible, même avec les yeux ouverts ; ataxie des quatre membres, exagérée par l'occlusion des yeux ; diplopie et acuité visuelle très diminuée avec décoloration des deux papilles. Cette agnosie tactile ressortirait alors aux agnosies tactiles fréquentes des tabétiques à sens musculaire altéré.)

OBSERVATIONS DE ROUSSY (résumées).

I (Thèse de Paris, 1907).

III (p. 296).

74. — Mme L. T..., 66 ans, lingère, Genève, hôpital Cantonal, 1903.

Hémiplégie gauche légère : motilité à peine touchée avec léger affaiblissement musculaire. **Hémiataxie**.

Douleurs légères du côté paralysé.

Sensibilité superficielle, normale aux trois modes, sauf un élargissement marqué des champs de Weber. — **Profonde**, altérée (perte de la notion de position des membres).

Agnosie tactile. — A gauche astéréognosie.

Autopsie. — Lésion de la couche optique et de la calotte pédonculaire à droite, sans participation de la capsule interne.

VI (p. 320).

75. — Mme G..., 48 ans, fleuriste, Salpêtrière (consultation), 1905.

Hémiplégie droite, très légère : tous les mouvements sont possibles avec affaiblissement léger. **Hémiataxie**, mouvements choréiformes légers.

Réflexes tendineux égaux et normaux, sauf le réflexe rotulien, plus fort et plus vif à droite, pas de Babinski.

Douleurs intenses à droite, par crises paroxystiques irrégulières.

Sensibilité, *superficielle*, — Hémianesthésie droite, ayant duré 10 ans, actuellement remplacée par une hémihyperesthésie tactile, douloureuse et thermique avec élargissement des champs de Weber (5 cent. à la main), sauf au pied, anesthésique aux trois modes.

Profonde. — Légèrement atteinte : sensibilité à la pression douloureuse, sens des attitudes segmentaires altéré légèrement au membre supérieur, sensibilité osseuse douloureuse.

Agnosie tactile. — Incomplète : la malade arrive en effet à reconnaître

parfaitement la forme géométrique d'un objet et ses propriétés physiques, mais elle est tout à fait incapable d'en indiquer l'usage ou le nom.

Voici, comme exemple, quelques-unes de ses réponses :

OBJET	MAIN DROITE	MAIN GAUCHE
Une clé	C'est un objet assez long, mince, dur, qui a un trou à une extrémité.	Une clé.
D. A quoi cela sert-il ? R.	Je ne sais pas ce que c'est.	
Un dé à coudre . .	C'est court, assez épais, un peu rugueux, rond et percé d'un trou.	Un dé à coudre.
D. Cet objet quel est-il ? R.	Je ne sais pas.	
Une pièce de deux sous en cuivre. .	C'est rond, c'est mince, c'est dur.	Une pièce de deux sous.
D. Quel est cet objet, son usage ? R.	Je ne sais pas.	
Une montre séparée de sa chaîne. . .	C'est un rond, plus grand que l'objet précédent ; ce n'est pas plus dur. Il y a quelque chose sur un des côtés du rond.	C'est une montre.
D. Quel est le nom de l'objet ? R.	Je ne puis le dire, car je ne le reconnais pas en le touchant.	
Une boîte d'allumettes de la régie vide de son contenu	C'est long, d'un côté, et moins long de l'autre. C'est plus épais que l'objet précédent et beaucoup moins dur.	Une boîte d'allumettes.
D. A quoi sert cet objet ? R.	Je ne sais pas.	
Un couvercle de lampe à alcool. .	C'est froid, rond, lisse, assez long, et c'est creux.	Tube court en verre.
Morceau de sucre .	C'est une pierre, c'est plus long qu'épais, c'est rugueux.	Un morceau de sucre.
Crochet à bottines .	C'est plus dur et plus froid à un bout, il y a une extrémité ronde qui doit être en bois.	Crochet à bottines.
D. A quoi cela sert-il ? R.	Je ne sais pas.	

II (*Revue neurologique*, 1909).

I (p. 302).

76. — Edouard R..., 69 ans, tailleur, Bicêtre, 1906.

Hémiplégie droite légère, à régression rapide, sans **aphasie**. **Hémiataxie**, **hémichorée**, très nettes.

Réflexes tendineux, plus forts à droite qu'à gauche, pas de Babinski.

Douleurs atroces, uniquement cantonnées dans la moitié droite de la face.

Hémianesthésie superficielle tactile douloureuse et thermique, et *profonde* (sensibilité à la pression, sens des attitudes, sensibilité osseuse).

Agnosie tactile absolue : non seulement, le malade n'arrive pas à reconnaître les objets qu'on lui met dans la main droite, mais il est incapable d'en indiquer les propriétés physiques ou la forme.

Autopsie (1908). — Lésion thalamique gauche, localisée ayant léché le segment postérieur de la capsule interne.

II (p. 306).

77. — B..., 63 ans, imprimeur en taille-douce, Bicêtre, 1901.

Hémiplégie droite progressive, sans aphasie, à crises successives (lacunaire) qui, dès le début, revêt un caractère spasmodique.

Douleurs d'intensité moyenne du côté paralysé.

Hémianesthésie persistante pendant 8 ans, légère et variable pour les *sensibilités superficielles*, accusée et définitive pour les *sensibilités profondes* (attitudes segmentaires).

Agnosie tactile absolue.

Autopsie (1907). — Lésion thalamique gauche unique, probablement par coalescence de plusieurs foyers lacunaires, empiétant sur le segment postérieur de la capsule interne pour atteindre la queue du noyau lenticulaire.

OBSERVATION DE SOUQUES (résumée).

(*Revue neurologique*, 1908, p. 225.)

78 — Pierre M..., 48 ans, graveur sur métaux, Ivry, 1900.

Mal de Pott sous-occipital ancien, avec atrophie linguale, hémiplegie bilatérale incomplète, sans participation faciale, avec asynergie, parésie du droit externe à droite, exagération des réflexes tendineux et signe de Babinski, sans atrophie musculaire.

Sensibilité. — *Tactile.* — Affaiblie légèrement avec erreurs dans la localisation et champs de Weber élargis (plusieurs cms à la face palmaire des doigts).

Douloureuse. — A peu près normale, beaucoup plus persistante qu'à l'état normal (plusieurs minutes).

Thermique. — Affaiblie légèrement : la différence des deux degrés n'est pas perçue.

Sens des *attitudes segmentaires* et *sensibilité osseuse* (au diapason). — Abolis aux quatre extrémités, progressivement moins altérés vers la racine des membres, normaux à la tête et au cou.

Agnosie tactile. — Absolue aux deux mains pour la consistance, la forme et la signification des objets, qu'il serre avec une telle force qu'il arrive à se blesser. Dans l'obscurité, il n'arrive pas à trouver l'anse du vase de nuit ; il ignore, pour uriner, s'il tient sa verge ou ses testicules, à moins qu'il ne soit renseigné par la douleur testiculaire, éveillée par la pression.

L'auteur conclut à la lésion bilatérale du bulbe ou de la région bulbaire.

En 1903, ce malade avait été vu par Dupré (*Revue neurologique*, 1903, p. 733) qui avait attiré l'attention sur l'agnosie, tactile surtout gauche, contrastant avec un état à peu près normal des sensibilités superficielles.

OBSERVATIONS DE ANDRÉ-THOMAS (résumées).
(*Revue neurologique*, 1904.)

I (p. 623).

79. — Madame F., 48 ans, 20 juin 1901. Au cours d'une crise mélancolique, la malade s'enfonce un couteau-poignard dans la région sus-sternale, à droite de la ligne médiane : plaie artérielle, sections du plexus brachial.

21 juin 1901. — A gauche, paralysie radiculaire du plexus brachial, à type inférieur (doigts immobiles, flexion ou pronation de la main impossibles) ; fourmillements dans le membre supérieur gauche, particulièrement aux doigts ; rétrécissement de la fente palpébrale, enophtalmie légère et myosis ; oreille gauche rouge et congestionnée (7^e paire, 8^e paire, sympathique).

Sensibilité, superficielle. — Anesthésie tactile, douloureuse et thermique, à topographie radiculaire, sur la face cubitale de l'avant-bras, la moitié cubitale de la main, la moitié cubitale du médius, l'annulaire et l'auriculaire.

Profonde. — Abolie, suivant la même topographie radiculaire à la pression, abolie dans le 5^e doigt, le 5^e métacarpien, et l'extrémité inférieure du cubitus — aux mouvements passifs abolie dans l'annulaire et l'auriculaire, altérées eulement dans le médius

Agnosie tactile. — Abolition des perceptions objectives dans la zone radiculaire, anesthésie.

8 juillet 1901. — **Intervention** sur la poche anévrysmale consécutive à la plaie artérielle, avec essai de sutures radiculaires.

Septembre 1901. — Atrophie musculaire progressivement croissante, en étendue comme en intensité.

Troubles de la sensibilité plus diffus, d'intensité moindre pour la sensibilité superficielle, à peu près identique pour la sensibilité profonde.

II. — ANDRÉ-THOMAS ET CHIRAY (p. 506).

80. — Mme P..., 52 ans, Salpêtrière (Consultation), 1904.

Motilité. — *Il y a 6 ans*, Hémiplegie brusque à droite avec ictus complet. Dans les jours suivants, l'hémiplegie persista avec légers troubles urinaires, puis diminua progressivement, si bien qu'aujourd'hui, le membre supérieur est très amélioré, la face et le membre inférieur sont presque revenus à l'état normal.

Sensibilité. — En même temps que la paralysie disparaissait, les troubles de sensibilité devenaient de plus en plus nets. Dès le début, ils avaient

existé sous la forme de violentes douleurs dans la moitié droite de la figure et dans le bras droit. Ils ont persisté jusqu'à ce jour et actuellement encore, ce sont eux qui dominent dans le tableau symptomatique.

A ces troubles, s'ajoute une **hémianesthésie** objective totale, assez intense pour *sensibilité superficielle*, tactile, douloureuse et thermique, et surtout marquée pour la *sensibilité profonde*, sens des attitudes segmentaires et sensibilité osseuse au diapason.

Réflexivité. — Réflexes exagérés à droite, sans Babinski.

Agnosie tactile. — Abolie à droite : la malade n'arrive pas à reconnaître la forme, le relief, ou même la consistance des objets, à plus forte raison, l'objet lui-même, clé, monnaie, etc...

Les auteurs concluent au syndrome thalamique par lésions localisées à la couche optique gauche.

OBSERVATIONS DE VERGER (résumées).

(Archives de médecine, 1900, II.)

II (p. 527).

81. — Hémiplegie droite récente, sans aphasie, avec paresthésies, anesthésie, hypoalgésie, sens des attitudes altéré chez une femme de 63 ans : **Agnosie tactile absolue**.

VI (p. 534).

82. — Hémiplegie gauche récente avec hypoesthésie, analgésie, sens des attitudes profondément altéré, chez une femme de 60 ans : **Agnosie tactile gauche**.

VII (p. 535).

83. — Hémiplegie gauche, avec contracture, **hypoesthésie**, hypoalgésie, hypothermésie, sens des attitudes altéré, remontant à neuf mois, chez un homme de 52 ans : **Agnosie tactile gauche absolue**.

VIII (p. 536).

84. — Hémiplegie gauche avec hypoesthésie tactile, douloureuse (erreurs de localisation) et thermique, limitées à la main et à l'avant-bras gauche, sens des attitudes altéré profondément à tout le membre supérieur gauche, remontant à trois semaines, chez un homme de 44 ans : à gauche, **agnosie tactile absolue** : quand on ferme les doigts immobiles sur un objet (5 fr., 1 fr., morceau de pain, mouchoir, doigt, etc...), le malade dit immédiatement : « Je sens quelque chose », mais c'est tout ce qu'il arrive à reconnaître ; à droite, aux mêmes conditions, sans palpation, reconnaissance immédiate.

IX (p. 538).

85. — Hémiplegie gauche, avec **hypoesthésie légère** (erreurs de loca-

lisation) et sens des attitudes altéré profondément aux doigts, remontant à dix mois, chez un homme de 30 ans : **Agnosie tactile** gauche absolue. Le malade ne différencie pas un doigt d'un crayon.

XII (p. 541).

86. — Maladresse de la main droite avec **hypoesthésie** (erreurs de localisation, hypoalgésie, sensibilité à la pression et sens des attitudes altérés, après une hémiplégie droite remontant à six ans, chez une femme de 30 ans : **Agnosie tactile** droite (crayon, porte-monnaie, 5 fr., etc...).

XIII (p. 543).

87. — L. G..., 57 ans, 25 mars 1897.

Hémi-parésie gauche après apoplexie récente avec **hypoesthésie** marquée, sens des attitudes altéré profondément à la main : **Agnosie tactile** gauche absolue. — Le malade n'arrive pas à reconnaître une chaussette, un torchon, un doigt, un porte-plume en métal, un crayon ou un couteau.

12 avril 1897. — **Motilité** très améliorée, **sensibilité** légèrement améliorée : **Agnosie tactile** persistante, mais à moindre degré.

24 mai 1897. — **Motilité** améliorée, **sensibilité** très améliorée. **Agnosie tactile** disparue. — A la main gauche, la reconnaissance est possible, mais il faut au malade, toujours moins affirmatif, beaucoup plus de temps qu'à la main droite.

XIV (p. 544).

88. — **Hémiplégie** gauche récente, avec **hypoesthésie** et hypoalgésie marquées, sens des attitudes profondément altéré, chez une femme de 51 ans : **Agnosie tactile** gauche.

XV (p. 545).

89. — **Hémiplégie** gauche, avec contracture, **hypoesthésie** (erreurs de localisation), **paraalgésie** (erreurs de localisation), **hypothermésie**, sens des attitudes altéré profondément à la main gauche, remontant à 2 ans, chez un homme de 48 ans : **Agnosie tactile** gauche absolue. — Quand l'objet est petit, un sou, par exemple, le malade sent à peine qu'il a quelque chose dans la main.

XVII (p. 547).

90. — **Hémiplégie** droite, avec contracture, **hypoesthésie** et hypoalgésie à la main, sens des attitudes altéré aux doigts, remontant à 18 mois chez un homme : **Agnosie tactile** droite absolue.

XXII (p. 562).

91. — **Hémiplégie** gauche, avec contracture, **sensibilité** superficielle intacte à l'examen grossier, sens des attitudes altéré profondément à la

main, remontant à 7 mois chez un homme : **Agnosie tactile** gauche absolue. — La présence d'un objet seule est constatée dans la main.

XXIII (p. 564).

92. — Hémiplégie gauche, avec hémithétose et hémitreblement remontant à 1 an, chez un homme de 65 ans.

Sensibilité. — Les contacts et les piqûres sont partout perçus normalement sur les membres paralysés. La sensibilité thermique est également intacte.

Agnosie tactile. — A la main gauche, le malade n'arrive à reconnaître ni un crayon, ni une pipe, ni une pièce de monnaie.

XXIV (p. 565).

93. — Hémiparésie droite légère avec aphasie motrice incomplète, après hémiplégie droite avec aphasie motrice remontant à 1 an chez une femme.

Sensibilité. — Hypoesthésie légère avec erreurs dans la localisation (3 à 4 centimètres), hypoalgésie, sens des attitudes altéré aux doigts.

Agnosie tactile. — A la main droite absolue. La malade répond uniquement: « Je ne sais pas ce que c'est ».

XXV (p. 565).

94. — Hémiparésie gauche légère avec maladresse de la main gauche, après hémiplégie gauche avec dysarthrie, remontant à 6 ans, chez un homme de 50 ans.

Sensibilité. — Hypoesthésie avec altération profonde dans la notion de position des doigts.

Agnosie tactile gauche absolue.

XXXII (p. 660).

95. — Hémiplégie gauche récente avec hypoesthésie et hypoalgésie (erreurs de localisation) marquées au membre supérieur, sens des attitudes altéré profondément au membre supérieur : **Agnosie tactile** gauche absolue.

XXXVII (p. 673).

96. — Hémiplégie gauche avec épilepsie jacksonnienne, hypoesthésie, hypoalgésie (erreurs de localisation), hypothermésie, sens des attitudes altéré, remontant à 3 mois, chez un homme de 46 ans : **Agnosie tactile** gauche absolue.

Intervention. — Caillot hémorragique sur la partie moyenne des circonvolutions rolandiques. Mort.

XXXVIII (p. 675).

97. — Trépanation pour épilepsie jacksonnienne, remontant à 18 mois,

avec hémiparésie droite récente, sans troubles de la sensibilité, chez un homme de 31 ans : évacuation d'un abcès sous-rolandique gauche, au tiers moyen de la scissure.

Monoplégie brachiale droite consécutive avec **hypoesthésie**, erreurs dans localisation des piqures, sens des attitudes altéré profondément à la main : **Agnosie tactile** droite absolue.

OBSERVATION DE VERGER ET ABADIE (*in extenso*).

(*Société de biologie*, 1903, p. 487).

98. — *Sur un cas de stéréognosie au cours d'une polynévrite.*

Nous avons eu l'occasion d'observer une perte complète du sens stéréognostique dans les conditions suivantes. Il s'agit d'une femme de 33 ans du service de M. le Professeur Pitres, qui présente une parésie incomplète des quatre membres due à une polynévrite d'origine vraisemblablement infectieuse. Sa parésie ne la rend pas incapable de palper les objets : sur les mains les sensibilités tactile, douloureuse et thermique sont conservées avec leur vivacité ordinaire. Les sensations tactile et douloureuse sont non seulement senties, mais parfaitement localisées. La malade se rend bien compte, les yeux fermés, des positions qu'on imprime à ses doigts. Néanmoins, elle est tout à fait incapable, les yeux fermés, de reconnaître par le palper des objets les plus usuels, tels qu'une clef, une pièce de monnaie, un crayon, etc... Jusqu'ici, on admettait que la stéréognosie, au moins lorsqu'elle est isolée et coïncide avec la conservation intégrale des sensibilités élémentaires, ne se montre qu'en fonction des lésions cérébrales intéressant la zone rolandique ou son voisinage. Comme rien ne nous permet dans le cas présent de croire à une lésion cérébrale, il faut admettre que des lésions des nerfs périphériques sont aussi susceptibles de la produire. Il ne s'agit à la vérité que d'un fait isolé, mais comme il est bien difficile de l'interpréter, avec les seules théories actuelles, et comme il n'a jamais été signalé à notre connaissance, il peut être utile d'attirer l'attention de ce côté.

III. — OBSERVATIONS DE LANGUE ALLEMANDE

(résumées).

OBSERVATIONS DE BONHOEFFER.

A. — *Monatss. für Psych. und Neur.*, 1898, III

(résumée par MARKOVA. Thèse de Genève, 1900, p. 66, obs. IX).

II

99. — Ouvrier, 52 ans ; à la suite d'une chute sur la tête, plusieurs attaques jacksonniennes. Début par la main gauche. Après la crise, paralysie complète de la main gauche. Sensibilité : *contact* : normal ; *douleur* : affaiblie ; *localisation* : inexacte ; *notion de position* : affaiblie ; *mouvements passifs* : bien perçus.

Perception stéréognostique absolument abolie à gauche, même si l'on promène sous les doigts du malade les objets à reconnaître ; tandis qu'à droite, les objets simplement posés sont reconnus aussitôt.

Abcès au tiers moyen des circonvolutions rolandiques.

B. — *Deutsche Zeits. für Nervenheilk.*, 1904, XXVI.

I (p. 58).

100. — M. R..., 24 ans, 1904. Attaques épileptiformes progressivement rapprochées, remontant à 12 ans.

1900. — **Trépanation** pariétale droite sur la région rolandique : ligature de quelques veines pie-mériennes dilatées à la partie moyenne de la frontale ascendante.

Quelques mois après. **Motilité.** — Le malade accuse un peu d'incertitude à la main gauche : il accompagne mal au piano, saisit maladroitement les objets ; les mouvements délicats sont troublés aux doigts gauches.

Sensibilité. — *Superficielle.* — Tactile, douloureuse et thermique. Bien conservée avec erreurs dans la localisation, exagérée par l'exercice ; la discrimination tactile n'a pas été examinée.

Profonde. — Evaluation des poids bonne, évaluation des longueurs mauvaise, mouvements passifs exactement perçus, sauf à l'index.

Agnosie tactile. — Cinq examens rapportés, sur 4 ans, à peu près superposables l'un à l'autre. A la main gauche, quelques objets sont recon-

nus, d'autres lentement, d'autres après une première erreur, mais la grande majorité n'est pas reconnue, quelquefois même dans ses qualités les plus grossières. A la main droite, la reconnaissance, franchement meilleure toutefois, n'est d'ailleurs pas toujours parfaite.

II (p. 63).

101. — M. J. B..., 24 ans. Enfoncement ancien du pariétal gauche, par coup de pied de cheval.

Motilité. — Hémiparésie du seul membre supérieur droit, avec exagération des réflexes tendineux, raideur légère, gêne à peine accusée dans les mouvements délicats des doigts (écriture facile et lisible), ataxie dans les mouvements digitaux après occlusion des yeux

Sensibilité excellente à la main droite, sauf retards dans la perception des excitations tactiles, avec erreurs légères dans la localisation, exagérées par l'exercice, mouvements passifs mal perçus au seul annulaire.

Agnosie tactile. — A la main droite, le malade reconnaît à peu près tout, avec exactitude (5 marks, un mètre roulé, etc...), tantôt après un temps assez court, tantôt après une assez longue palpation, mais les objets lui semblent froids, gluants ; à partir du sixième objet, la reconnaissance est moins bonne (un nœud en ficelle n'a pas été reconnu) ; à la main gauche, reconnaissance immédiate.

Intervention. — Ablation d'un large segment osseux, obliquement enfoncé dans la substance rolandique à sa partie moyenne.

Dix jours après. **Motilité.** — Affaiblissement musculaire à la main droite, sans altération des mouvements.

Sensibilité. — Troubles nettement aggravés : la sensibilité au contact persiste, mais avec exagération grossière des erreurs de localisation, sans renseignements sur la discrimination tactile.

Agnosie tactile. — A la main droite, aggravée : le malade n'arrive pas à reconnaître les petits objets (une clé, un porte-plume, un crayon, une montre).

Dans les semaines qui suivent, la localisation des excitations et la reconnaissance tactile s'améliorent parallèlement mais sont encore troublées à la sortie du malade.

III (p. 65).

102. — M. A. S..., 30 ans. Il y a quelques années, dans un escalier, chute sur la tête, ayant laissé une large dépression sur le pariétal gauche au-dessus de l'oreille : hémiparésie droite avec aphasie, guéries après quinze jours, mais suivies d'épilepsie jacksonnienne droite à début par la main.

Actuellement. **Motilité.** — Hémiparésie droite légère, sans clonus du pied, ni Bakinski, avec un peu d'affaiblissement musculaire à la main, sans contracture ni gêne aucune des mouvements délicats, sauf ataxie légère aux doigts après occlusion des yeux.

Sensibilité. — *Tactile.* — bonne, avec erreurs dans la localisation digitale,

moins à la face palmaire, plus à la face dorsale, et champs de Weber élargis (5 à 7 mm. à la pulpe droite, 2 à 4 mm. à la pulpe gauche) ; *douloureuse*, variable, sans erreurs dans la localisation des piqures ; *thermique*, normale ; *mouvements passifs* aux doigts moins nettement perçus qu'à gauche.

Agnosie tactile. — A la main gauche, reconnaissance assez légèrement altérée : le malade identifie bien, sauf les tout petits objets ou les fines différences entre les choses (crayon prismatique et crayon rond, clés de diverses grandeurs).

IV (p. 67).

103. — Homme, 33 ans, ouvrier. — Il y a 5 ans, chute sur la tête suivie d'attaques épileptiques pendant 15 jours : dépression plus grande qu'un thaler sur le pariétal droit, au tiers moyen d'une perpendiculaire à la suture sagittale élevée du méat auditif.

Actuellement. **Motilité.** — Hémiparésie gauche légère, avec affaiblissement du bras, mouvements délicats gênés aux doigts, surtout au pouce, un peu d'atrophie musculaire à l'épaule.

Réflexivité. — Réflexes tendineux exagérés à gauche, pas de clonus du pied.

Sensibilité (main gauche). — *Tactile*, normale (un peu moins sûre qu'à droite) sauf au niveau des trois derniers doigts et de la paume où elle apparaît très affaiblie, avec erreurs marquées dans la localisation ; *douloureuse* affaiblie ; *mouvements passifs* très mal perçus aux trois derniers doigts, beaucoup mieux aux deux premiers.

Agnosie tactile. — A première vue, tout se passe comme s'il y avait agnosie absolue ; à l'examen plus soigné, identification juste entre l'index et le pouce (clé, papier, montre, crayon, chaîne, thaler, porte-monnaie, etc...), aucune identification possible aux trois derniers doigts.

V (p. 69).

104. — Homme, 51 ans, ingénieur, syphilis remontant à 12 ans.

1900. — Hémiparésie droite, avec aphasie motrice à constitution progressive, en voie de régression, sans aphasie sensorielle, ni troubles des réflexes, ni Babinski, ni Argyll-Robertson, ni lésion du fond d'œil. Engourdissements paresthésies dans le membre supérieur droit.

Motilité (membre supérieur droit). — Parésie sans raideur, avec affaiblissement léger, mouvements digitaux malhabiles, surtout les yeux fermés : le malade ne peut plus jouer de violon.

Sensibilité (membre supérieur droit). — *Tactile.* — Affaiblie à la main, surtout aux doigts.

Attitudes segmentaires. — Mouvements passifs ignorés aux doigts ; la main gauche n'arrive pas à reproduire l'attitude qu'on imprime à la main droite.

Agnosie tactile. — Absolue, même pour les très gros objets.

OBSERVATION DE DUBBERS.

(Neur. Centr. Bl., 1897, p. 61).

105. — Charles-Benjamin J., 50 ans (1895).

En 1870, balle dans le crâne, ayant traversé le pariétal droit : hémiplegie gauche complète, progressivement améliorée, avec épilepsie jacksonnienne progressivement aggravée par l'intempérance du malade, puis améliorée jusqu'à disparaître après séjour dans un asile (excitation alcoolique, quel-
relles).

1895. — A 7 centimètres au-dessus du conduit auditif externe droit, correspondant à peu près au milieu du bord inférieur du pariétal droit, cicatrice déprimée dans laquelle on peut introduire l'extrémité d'un doigt qui sent nettement les pulsations cérébrales.

Motilité. — D'après le malade, une faiblesse aurait persisté dans la moitié gauche du corps. A gauche, force musculaire un peu diminuée mouvements incoordonnés, mais toujours exécutés, pas de contracture.

Réflexivité. — Réflexes rotuliens, exagérés, réflexes abdominaux et crémastériens normaux.

Sensibilité. — Très superficiellement rapportée : *tactile*. — 1. Seuil intensif. Légèrement diminuée (rien sur la main).

2. Localisation. Mauvaise à la moitié gauche du corps (rien sur la main).

3. Seuil extensif. Il n'est malheureusement pas fait mention de la discrimination tactile.

Douloureuse. — Légèrement exagérée.

Thermique. — Normale.

A la pression. — Il n'en est malheureusement pas fait mention.

Sensation de situation des membres. — Normale.

Agnosie tactile assez profonde : toutefois, le malade reconnaît quelques propriétés générales.

OBJETS

MAIN GAUCHE

Un cigare	Je ne peux pas dire ce que c'est.
Un porte-monnaie. . .	Ça doit être une petite brosse.
Une bague	Je ne sais pas.
Un couteau de poche .	C'est chaud, ça doit venir de la poche.
Un mouchoir	C'est mou, c'est peut-être une brosse.
Une clé	C'est probablement un couteau de poche.
Un morceau de savon .	C'est du savon, c'est anguleux.
Un petit paquet d'allu- mettes	C'est petit, c'est probablement un crayon.
Un crayon	C'est encore un crayon.
Un peigne de poche. .	C'est un couteau.

Une autre fois on lui présente les objets suivants :

Un couteau de poche	C'est un couteau.
A quoi le reconnaissez-vous ?	C'est long, c'est dur, ça va obliquement.
Un porte-monnaie.	C'est chaud, c'est mou, c'est probablement en cuir.
Un mouchoir.	C'est chaud, c'est mou, c'est probablement une brosse.
Une petite brosse de poche	C'est une petite brosse à cheveux ou à dents. (Il reconnaît qu'il a reconnu la brosse au bruit du frottement des crins.)
L'étui de cette brosse	C'est probablement un porte-monnaie.
Une pierre	C'est froid, c'est dur, je ne sais pas.
Une éponge.	C'est dur, non c'est mou, ça paraît humide.
Une pomme de terre	C'est un couteau ou une brosse ; ça paraît dur.
Un crayon	C'est long, je ne peux pas dire ce que c'est.
Une clé	C'est froid, ce n'est pas gros, c'est comme si ça coupait (Il touche sa barbe).
Une cuillère en corne	C'est anguleux, c'est une clé.
Un œuf.	C'est froid, c'est dur, c'est léger, ça n'a pas d'angle.
Un tire-bouchon	C'est un petit objet froid, à bords tranchants.
Une balle.	C'est mou.
Un gant de laine	C'est mou.
Un petit paquet d'allumettes	C'est petit, c'est anguleux.
Une fiole pour médicaments	C'est froid, ce n'est pas grand, ça paraît être rond.
Un bouchon de bouteille.	On sent que c'est rond.
Une clé de montre.	Je ne sens rien. . . pourtant . . . Je ne peux pas sentir s'il y a quelque chose dedans. . . il n'y a rien.
Un mark.	Je ne puis rien sentir.
Une bouteille en verre.	C'est froid, c'est dur, ça pourrait être un verre.
Une boîte en carton.	C'est léger, c'est anguleux.

A la main droite tous ces objets sont aussitôt reconnus et nommés.

OBSERVATION DE FISCHER.

(*Monatss. für Psych. und Neur.*, 1905, XVIII.)

106. — Homme de 25 ans, marchand de chaussures. Cysticerose multiple antérieure, avec ablations successives d'un grand nombre de cysticer-

ques musculaires, périostés, etc... ; enfin d'un cysticerque de la région rolandique droite, ayant déterminé des crises typiques d'épilepsie jacksonnienne gauche.

1904. Crises nouvelles, tantôt diffuses, tantôt à droite, tantôt à gauche ; **mouvements actifs** difficiles à la main gauche, particulièrement aux trois derniers doigts.

Troubles des **sensibilités superficielle et profonde**, à gauche, dans la moitié cubitale de l'avant-bras, de la main et dans les trois derniers doigts. **Agnosie tactile** superposable.

Hémi-anesthésie brusque à gauche, ayant toujours respecté la moitié radiale de la main et les deux premiers doigts. **Agnosie tactile** superposable.

Guérisson des troubles de **sensibilité**, par suggestion faradique. **Agnosie tactile** disparue.

Après avoir discuté l'hypothèse d'une cysticercose multiple du cerveau, l'auteur s'arrête au diagnostic, vraisemblablement exact, d'une hystérie dont l'expression symptomatique a précédemment été déclenchée par une première série de troubles vraiment organiques.

OBSERVATIONS DE FREY.

(*Centr. Bl. für Nervenheilk. und Psych.*, 1902, p. 244.)

I

107. — J. V..., fille 13 ans. Méningite (?) à 11 ans, cécité consécutive, pas d'Argyll Robertson.

Motilité. — Hémi-parésie gauche ayant laissé derrière elle un peu d'inhabileté dans la main, sans contracture et sans gros affaiblissement musculaire.

Réflexivité. — Réflexes exagérés à gauche.

Sensibilité. — *Tactile.* — A gauche, élargissement des champs de Weber (au bras gauche, 60 mm., au bras droit, 48 mm. ; à l'avant-bras gauche, 56 mm., à l'avant-bras droit, 35 mm.) ; *thermique* intacte ; *à la pression* diminuée : aucun autre renseignement.

Agnosie tactile. — Quand on lui met un objet dans la main gauche, la malade s'en rend compte, mais sans arriver jamais à l'identifier.

II

108. — J. B..., fille 12 ans, trois « attaques » à 4 ans, suivies d'amaurose complète à gauche et d'amblyopie forte à droite, avec inégalité pupillaire et signe unilatéral d'Argyll-Robertson, atrophie optique.

Motilité. — Hémi-parésie droite avec cyanose, atrophie légère du membre supérieur.

Réflexivité. — Réflexes exagérés à droite.

Sensibilité. — *Douloureuse, thermique, à la pression, sens musculaire* abolie à droite.

Agnosie tactile. — A droite la malade ignore jusqu'au fait qu'on ait mis un objet dans sa main.

OBSERVATION DE FUCHS.

(*Wien. klin. Wochens.*, 1908, p. 1182, III).

109. — W. S..., meunier, 55 ans, 1908. Sans alcoolisme, sans syphilis, sans intoxications professionnelles antérieures, sans aucun signe qu'on puisse rapporter au cerveau, en décembre 1907, le malade fait aux quatre membres une paralysie paresthésique avec abolition ou diminution des réflexes tendineux, ataxie légère, atrophie du thénar droit, troubles légers de la sensibilité au seul côté radial de la main droite : polynévrite certaine, sans lésion cérébrale.

Août 1908. — Motilité. — Il persiste exclusivement une inhabileté des mains dans les mouvements délicats, avec une démarche lourde, mal assurée, mais sans ataxie.

Sensibilité. — *Superficielle et profonde.* — Normale sauf au bord radial de la main droite : aucun renseignement sur la localisation, ni sur la discrimination tactiles.

Agnosie tactile. — Absolue aux mains et aux pieds, le malade ne reconnaît pas les objets moyens : clé, montre, blaireau, ciseaux, ou même les très gros objets : soulier, tabouret.

L'auteur fait remarquer l'impossibilité d'un trouble par lésion cérébrale : il conclut à l'hystérie ou peut-être à quelque « anesthésie psychique » persistante d'origine polynévritique.

OBSERVATIONS DE KRAMER.

(*Monat. für Psych. und Neurol.*, 1906, XIX).

I (p. 132).

110. — Anna T., 16 ans, 1903. A 6 ans, état infectieux avec température et délire, hémiplegie gauche à régression consécutive, sans arrêt du développement intellectuel.

Actuellement. **Motilité.** — Epilepsie jacksonnienne gauche, avec hémi-parésie gauche, affaiblissement musculaire, arrêt du développement osseux, musculaire et cutané, mouvements actifs normaux, sauf les mouvements délicats, légèrement inhabiles aux doigts gauches.

Réflexivité. — Normale.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Normales, sauf à gauche écart moyen d'un millimètre en plus au compas de Weber, et minime hyperalgésie.

A la pression. — Affaiblie : au baresthésiomètre d'Eulemburg, il faut à gauche un poids au moins double du poids qu'il faut à droite pour éveiller la sensation.

Attitudes segmentaires. — Les petits mouvements passifs des doigts sont mal perçus et faussement décrits, les mouvements plus amples sont bien décrits.

Agnosie tactile — Aux premiers examens, la malade arrivait à peine à reconnaître parfois un objet avec la main gauche, mais son agnosie s'améliora peu à peu par l'exercice sans dépasser toutefois un certain niveau. L'agnosie apparaît d'autant plus qu'il s'agit d'objets moins familiers.

Le 29 juillet 1903, sauf de la laine, et une brosse à habit (parce qu'elle pique) aucun des objets (huit) immédiatement reconnus ensuite à la main droite, n'est reconnu par la main gauche.

Le 30 mars 1904, l'agnosie s'est améliorée.

OBJETS.	MAIN GAUCHE.
Gant.	Gant.
Petit pain	Dur d'un côté, grenu de l'autre, puis après quelque temps, petit pain.
Brosse	Brosse.
Couteau	Tire-bouchon, dur, aigu, d'un bout.
Verre à liqueur.	Bouteille en verre.
Toupie.	En bois, anguleux, allongé, lisse
Pelote de fil	Pelote de fil.
Porte-monnaie	Porte-monnaie.
Rond de porcelaine.	Dur, lisse.
Crayon.	Crayon.
Grosse noix.	Lisse, anguleux, dur.
Balle en caoutchouc.	Boule en bois.
Petit flacon.	Petit flacon.
Coquillage	En bois, allongé, anguleux.
Quille en bois.	Quille en bois.
Dé à jouer.	Anneau.
Tire-bouchon.	Tire bouchon.
Bobine.	Bobine.
Tampon	Anguleux.
Anneau de fer	Anneau de rideau en porcelaine.
Canif	Allongé, clé.
2 marks	Monnaie, un mark.
Compas de Weber.	Clé.

A la main droite, tous ces objets, reconnus lentement, avec hésitation à la main gauche, ont été rapidement et sûrement reconnus.

Quelques jours après, on a institué toute une série d'examens avec trois seuls objets : boule en bois, quille en bois, et cube en bois. Graduellement la malade, attentive aux fautes commises, améliora son agnosie, sans arriver toutefois à l'identification toujours sûre et rapide :

Elle appréciait maintenant les grosses différences, par exemple entre le

velours ou le cuir d'une part, une étoffe molle, d'autre part, mais non les différences délicates : ainsi des étoffes voisines (lin, laine, ou soie) étaient presque toujours confondues.

Au contraire, la reconnaissance des chiffres écrits dans la main a toujours donné d'aussi bons résultats à la main droite qu'à la main gauche.

L'auteur conclut à l'existence d'une encéphalite ancienne, à siège cortical.

V (p. 138).

Observation 19 de FOERSTER.

(*Monat. für Psych. und Neur.*, IX).

111. — Hermann B. 32 ans, syphilitique, 8 décembre 1898. — **Motilité.** — Hémiparésie droite, avec affaiblissement musculaire minime et gêne aux seuls mouvements délicats, consécutive à une hémiplegie droite avec dysarthrie passagère remontant à 3 mois.

Réflexivité. — Réflexes tendineux exagérés à droite ; clonus du pied droit.

Sensibilité (main droite). — *Tactile, douloureuse et thermique* : affaiblie. — *Notion de position* des doigts : disparue.

Agnosie tactile. — A la main droite absolue.

28 avril 1899. — **Motilité.** — Améliorée.

Sensibilité. — Améliorée : affaiblissement léger des *sensibilités superficielles*, avec erreurs dans la localisation des excitations ; légères erreurs dans l'appréciation des *mouvements passifs*. — Aucun renseignement sur la discrimination tactile.

Agnosie tactile. — Persistante.

VI (p. 139).

112. — Auguste G..., 42 ans, 1903. — **Motilité.** — Hémiparésie gauche, avec paresthésies, maladresse de la main.

Réflexivité. — Réflexes tendineux exagérés à gauche.

Sensibilité (main gauche). — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Affaiblies aux trois derniers doigts, avec erreurs de localisation, sans renseignement sur la discrimination tactile.

Attitudes segmentaires. — Les mouvements passifs sont relativement bien perçus, sauf aux deuxième et troisième doigts.

Agnosie tactile. — A la main gauche, les objets ne sont pas reconnus ; les chiffres écrits dans la main, sont au contraire bien reconnus.

VII (p. 139).

113. — Arthur S..., 18 ans, 1903. — **Motilité.** — Hémiplegie droite, après trépanation suivie d'ablation d'esquilles, pour une chute sur le pariétal gauche. Spasme, affaiblissement musculaire, impossibilité des mouvements délicats.

Réflexivité. — Réflexes tendineux exagérés à droite ; ébauche de clonus du pied droit.

Sensibilité (main droite). — *Tactile.* — Affaiblie, avec erreurs marquées dans la localisation ; *douloureuse et thermique* normales.

Attitudes segmentaires. — Les mouvements passifs sont mal perçus aux doigts et au poignet.

Agnosie tactile. — A la main droite, les objets ne sont pas reconnus, les chiffres écrits dans la main ; sont plus mal perçus qu'à la main gauche.

VIII (p. 140).

114. — Paul K..., 22 ans, 1903. — **Motilité.** — Depuis six semaines, faiblesse augmentant progressivement à la main gauche avec paresthésies variées dans l'avant-bras et la main, motilité tout à fait normale.

Sensibilité (main gauche). — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Affaiblissement très accusé.

Attitudes segmentaires. — Les mouvements passifs sont mal perçus dans les doigts et dans la main.

Agnosie tactile. — A la main gauche, les objets ne sont pas reconnus, les chiffres écrits dans la main, sont au contraire bien reconnus.

IX (p. 140).

115. — S..., 15 ans, apprenti charpentier, 5 avril 1905. Le malade reçoit une poutre sur la moitié droite de la tête, évanouissement passager, céphalalgie, vomissements, il peut toutefois rentrer chez lui à bicyclette.

7 avril 1905. — Malade somnolent, avec un pouls très ralenti (48), quoi qu'il soit bien orienté : réponse aux questions exacte et rapide.

Motilité gauche. — Aucune paralysie : léger affaiblissement musculaire à la pression de la main après occlusion des yeux, légère ébauche d'ataxie.

Réflexivité. — Normale.

Sensorialité. — Hémianopsie ; rien au fond d'œil.

Sensibilité. — *Tactile.* — Affaiblissement très marqué au membre supérieur gauche, progressivement croissant vers l'extrémité périphérique du membre.

Aucune autre exploration : visiblement fatigué, le malade se trompe à droite comme à gauche et finit par s'endormir.

Agnosie tactile. — A la main gauche, le malade, auparavant examiné, n'avait pas reconnu la plupart des objets qu'il reconnaissait immédiatement à la main droite ; crayon, clé (qu'il a nommé crayon), montre (qu'il a prise pour un livre : il avait vu apporter un livre pour l'examen) ; pendant l'examen « persévération » fréquente.

8 avril 1905. — Le malade est plus attentif et se fatigue moins facilement.

Motilité. — Sans modification.

Sensibilité. — Sans modification : à l'examen, les *mouvements passifs* sont mal perçus dans les doigts et dans la main gauche.

Agnosie tactile. — A la main gauche :

OBJETS

MAIN GAUCHE

Clé	Clé.
Porte-monnaie	Canif.
Crayon.	Montre.
Canif	Crayon, puis canif.
5 marks.	Couteau de poche.
Morceau de pain . . .	Il se demande si c'est un couteau de poche.
Citron.	Une chose froide.
Verre à eau	Mou, orange ou citron.

A la main droite, tous ces objets ont été reconnus, sauf le citron, pour lequel il a répondu : orange ou citron.

12 avril 1905. — Malade extrêmement amélioré. **Motilité** normale, **sensibilité** normale, **hémianopsie** disparue.

Agnosie tactile : tout à fait disparue.

L'auteur émet l'hypothèse d'une hémorragie superficielle rapidement résorbée, au niveau du tiers moyen des circonvolutions rolandiques.

X (p. 158).

116. — Martha L., 6 ans, 1899. — *Il y a 7 semaines* strabisme (paralyse du moteur oculaire externe droit) avec mouvements nystagmiformes, quelques jours après, paralysie faciale droite, parésie du nerf maxillaire inférieur, puis ataxie du bras et de la jambe gauches, chute vers la gauche, exagération des réflexes et clonus du pied.

Sensibilité. — Hémianesthésie gauche *tactile, douloureuse et thermique* : la localisation et les champs de Weber sont impossibles à examiner.

Les *mouvements passifs* sont perçus aux doigts gauches, mais inexactement décrits.

Agnosie tactile. — A la main gauche, absolue.

Ultérieurement, paralysie du voile du palais, paralysie de la déglutition, rapidité du pouls, faiblesse des sphincters, sortie.

L'auteur estime qu'il s'agit vraisemblablement d'une tumeur de la moelle allongée.

OBSERVATIONS DE KUTNER.

(*Monat. für Psych. und Neur.*, 1905, XVII.)

I (p. 313).

117 — Pauline S., 25 ans, 1897. Coma urémique, avec éclampsie, attaques et troubles mentaux persistants, internement.

Epilepsie jacksonnienne droite, laissant après elle une obnubilation passagère, un peu de raideur à droite, sans paralysie, mais avec inhabileté de la main, un peu d'engourdissement et diverses paresthésies dans la main droite, particulièrement aux doigts.

1904. — **Motilité droite.** Aucune paralysie : à la main, gêne dans les mouvements délicats, avec incoordination légère.

Sensibilité droite. — *Anesthésie* jusqu'au coude aux contacts légers, hypœsthésie aux contacts appuyés avec erreurs marquées dans la localisation ; *hyperalgésie* des doigts, *sensibilité thermique* affaiblie.

Mouvements passifs mal perçus aux doigts. *Sensibilité osseuse* normale à la main, affaiblie au radius et au cubitus.

Agnosie tactile. — Absolue : mal sentis dans la main, sauf très chauds ou très froids, les petits objets sont lâchés par la malade. Les gros objets sont reconnus dans leur seule température, mais non dans leur consistance, ni dans leurs dimensions, ni dans leur signification. A la main gauche, reconnaissance immédiate.

II (p. 320).

118. — Augusta K..., 52 ans. — Depuis 1898, épilepsie jacksonnienne droite récidivante, autrefois suivie d'hémi-parésie droite avec aphasie motrice et sensorielle, rapidement guéries, chez une alcoolique avec troubles mentaux ayant nécessité plusieurs internements

Après les attaques, sans **parésie** droite, sans troubles des **réflexes** tendineux, sans Babinski, sans Argyll-Robertson, et sans œdème papillaire, obnubilation passagère avec paraphasie, engourdissement et douleurs à droite, **sensibilité** du bras droit objectivement altérée, **agnosie tactile** à la main droite, lentement régressives.

III (p. 326).

119. — Rudolph K..., 70 ans, 1904. — A dater du 12 octobre 1899. Sans évanouissement, hémi-parésie droite avec douleurs violentes comparées à des brûlures : améliorée jusqu'à disparaître pour l'hémi-parésie, avec réflexes tendineux forts, mais sans Babinski, — persistante pour les douleurs (brûlures, gelures, paresthésies diverses), au point que le malade a voulu se suicider.

Mouvements délicats intacts, sans affaiblissement musculaire.

Sensibilité objective. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Très légèrement affaiblie dans toute la moitié droite du corps, sans qu'elle soit nulle part disparues, sans erreurs dans la localisation, sans élargissement des champs de Weber.

A la pression, aux mouvements passifs, osseuse (au diapason). — Normales.

Agnosie tactile. — A la main droite, le malade n'arrive pas à différencier les étoffes, la laine d'avec le velours, par exemple — à part quoi la reconnaissance tactile est bonne.

OBSERVATION DE VON MONAKOW.

120. — Homme, 25 ans. — Coup violent sur la tête, ayant laissé sur la région pariétale gauche une cicatrice, à peu près d'un centimètre antérieure à la ligne transverse, réunissant les bords postérieurs des pavillons auriculaires.

laïres, et d'environ 5 centimètres inférieure au vertex : motilité et sensibilité abolies au membre supérieur droit.

Intervention. — Ablation d'un fragment osseux, pénétrant d'un centimètre environ dans le cerveau.

Huit jours plus tard, **motilité** du bras droit — partiellement revenue.

Sensibilité du bras droit *Tactile et douloureuse* affaibli ; — *musculaire* très affaiblie.

Agnosie tactile à la main droite.

OBSERVATION DE POGGIO.

(*Neur. Centr. Bl.*, 1908.)

121. — Femme, 26 ans, 1907. — *En février 1903*, tænia ; quelques mois après, cysticerque de l'œil droit, opéré dans une clinique ophtalmologique ; quelques mois après, crises typiques d'épilepsie jacksonnienne, les unes dans les trois derniers doigts de la main gauche, les autres à l'hémi-face gauche, sans jamais s'étendre au reste du corps.

Motilité. — A part les crises, aucun trouble dans la motilité volontaire, pas d'affaiblissement musculaire, aucune atrophie musculaire.

Réflexivité. — Tous les réflexes sont normaux.

Sensibilité. — Toutes les sensibilités sont normales : *tactile*, sans agrandissement des champs de Weber, *douloureuse et thermique*, *sens musculaire*.

Reconnaissance tactile excellente.

6 juillet 1907. — **Intervention** sur la région rolandique droite : on trouve deux petits cysticerques, d'ablation facile, à la frontale ascendante.

28 juillet 1907. — **Motilité.** — Normale, après plusieurs jours où les trois derniers doigts ont présenté une contracture passagère.

Sensibilité. — « Les troubles de la sensibilité n'étaient pas démontrables — léger élargissement des cercles de Weber : 4 à 6 millimètres à la pupille du doigt. »

Agnosie tactile. — A la main gauche, la forme des objets est reconnue, mais jamais les objets eux-mêmes. — A la main droite, ils sont immédiatement reconnus.

OBJETS.

MAIN GAUCHE.

Clé	Un objet assez long avec un trou sur le côté.
Dé.	Un objet dur, à parois rugueuses, à peu près gros comme une noisette.
Verre	Un objet poli, avec un trou dans le milieu, gros comme le poing.
Crayon.	Un objet dur, long, petit, rond, avec un côté pointu.

OBSERVATION DE RIEGNER.

(Deutsch. med. Wochens. 1894, n° 23).

122. — Enfant, 6 ans, 1894. — **Motilité.** — Epilepsie jacksonnienne droite, mouvements maladroits dans l'intervalle des crises.

Sensibilité. — *Tactile*, affaiblie, particulièrement aux doigts avec erreurs grossières dans la localisation, *musculaire* ; aucun renseignement.

Agnosie tactile. — A sa main droite, l'enfant ne reconnaissait pas les objets.

Intervention. — Trépanation sur la région rolandique gauche : extirpation d'un néoplasme sous-cortical, large environ comme 3 marks. — Monoplégie avec anesthésie du bras droit, ayant persisté dans la suite (ablation du fragment cortical sous lequel apparaissait la tumeur).

OBSERVATIONS DE SCHITTENHELM.

(Deutsch. Arch. für klin. Med., 1905, LXXXV.)

I (p. 569).

123. — Mineur 38 ans. *Il y a 5 ans*, chute sur la tête dans une fosse à charbon, fracture ayant laissé sur le pariétal gauche une longue cicatrice antéro-postérieure, profondément déprimée, coupant, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, la projection sur l'os de la scissure de Rolando : paralysie du bras droit consécutive, ayant rétrocedé depuis.

Actuellement, **motilité** droite. — Mouvements normaux, sauf l'opposition du pouce un peu gênée ; main légèrement ataxique ; un peu d'affaiblissement musculaire, sans raideur et sans atrophie.

Réflexivité. — Réflexes rotuliens forts, réflexes cutanés normaux, pas de clonus du pied, pas de Babinski.

Sensibilité droite. — *Tactile.* — 1. Seuil intensif. Anesthésie pour les seuls doigts aux contacts légers, hypoesthésie aux forts contacts, paume normale.

2. Localisation. A peu près normale, un peu moins bonne à droite.

3. Seuil extensif. Elargissement des champs de Weber : à la paume 80 millimètres à droite (sa largeur entière), 15 millimètres à gauche ; le malade cherche à localiser l'unique sensation fournie par les deux pointes qu'il rapporte, tantôt à distance égale entre elles, tantôt à la plus appuyée.

Douloureuse et thermique. — Normale.

A la pression. — Il faut arriver à 200 grammes pour déterminer plus qu'une sensation tactile, à 500 grammes aucune distinction n'est faite avec la pression de 200.

Attitudes segmentaires. — Atteinte aux trois doigts du milieu.

La main gauche n'arrive pas à reproduire l'attitude qu'on imprime à la main droite.

Osseuse (au diapason). — Abolie aux doigts et à la main, affaiblie à l'avant-bras, normale au bras.

Agnosie tactile. — A la main droite, absolue : aucune sensation pour les petits objets : centimes, marks, etc..., sensation vague pour les gros, sans renseignements sur leur constitution ; à la main gauche, reconnaissance immédiate.

II (p. 568).

124. — Tisseur, 44 ans, tuberculeux. En 1902, épilepsie jacksonnienne gauche, sans paralysie consécutive, mais avec troubles persistants de la sensibilité.

Actuellement. **Motilité** gauche. Mouvements normaux, sans affaiblissement musculaire ni contracture, ataxie franche à la main gauche, particulièrement après occlusion des yeux.

Réflexivité normale.

Sensibilité. — *Tactile.* — Affaiblie seulement aux légers contacts, sans erreurs dans la localisation, avec élargissement modéré des cercles de Weber aux doigts (7 mm. à gauche, 3 mm. à droite).

Douloureuse et thermique. — Normale.

A la pression. — Si troublée qu'elle n'a pas été précisée : au baresthésiomètre d'Eulenburg, le plus fort poids (500 gr.), n'arrive à déterminer qu'une simple sensation de contact.

Attitudes segmentaires. — Orientation au repos troublée, mouvements passifs bien perçus, sauf les petits mouvements des doigts.

Osseuse (au diapason). — Normale.

Agnosie tactile. — A la main gauche, les petits objets sont uniquement sentis avec l'aide du pouce qui n'arrive jamais à les identifier, les gros objets (montre, couteau), sont assez fréquemment reconnus avec l'aide du pouce, auquel il faut longtemps. A la main droite, reconnaissance immédiate.

IV (p. 576).

125. — Ouvrier, 40 ans. Convulsions dans l'enfance ; hémiplegie gauche à 16 ans, progressivement améliorée, mais ayant laissé derrière elle un tremblement continu du membre supérieur gauche. A dater d'alors il n'a plus reconnu les objets avec la main gauche.

Motilité. — Normale, sauf un tremblement continu à la main gauche.

Réflexivité. — Normale.

Sensibilité (main gauche). — *Anesthésie tactile, hypoalgésie, hypothermésie*, avec élargissement des champs de Weber (aux doigts, toujours un seul contact ; à la paume, 50 à 60 m/m.).

A la pression, très altérée : 500 grammes déterminent à peine une sensation de pression, *musculaire*, très altérée, *osseuse* (au diapason) très altérée.

Agnosie tactile. — Absolue : c'est à peine si la présence d'un gros objet peut être reconnue.

OBSERVATIONS DE WERNICKE.

(*Arbeit. aus der Psych. Klin. in Breslau, 1895, Heft. II.*)

I (p. 43).

126. — N..., 36 ans. Perd connaissance à cheval et tombe sans se faire aucune blessure apparente à la tête.

Motilité. — Hémiparésie droite marquée surtout à la face avec dysarthrie, moins au bras, utilisable mais avec maladresse, à peine à la jambe.

Sensibilité droite. — *Tactile* (?) — Anesthésie sur une bande transversale étroite au niveau du poignet, erreurs dans la localisation.

Douloureuse. — Affaiblie.

Thermique. — Normale.

Attitudes segmentaires. — Le malade doit constamment suivre ses mouvements avec les yeux : l'opposition du pouce aux autres doigts devient ataxique les yeux fermés.

Les mouvements passifs, s'ils ne sont pas de très petite étendue, sont perçus, mais leur direction est souvent mal indiquée.

La représentation de la position des doigts est mauvaise.

Agnosie tactile. — Le malade ne reconnaît pas les objets qu'on lui met dans la main droite, même s'il fait des mouvements de palpation : un crayon, un canif, une gomme, une bourse, un mouchoir, un petit flacon, et beaucoup d'autres.

Intervention. — Dans la région rolandique droite, à cheval sur la scissure de Rolando, substance cérébrale jaunâtre et molle, adhérente à la dure-mère.

Huit jours après, troubles de **sensibilité** persistants, concurremment avec l'abolition complète de la **perception stéréognostique**.

II (p. 49).

127. — Hermann J..., 3 avril 1896. Coup de canne sur le pariétal gauche : parole scandée, incompréhensible ; grande maladresse de la main droite.

Intervention. — Sur le pariétal gauche, entre l'oreille et la suture sagittale, plaie cutanée (dimension : 50 pfennigs), enfoncement esquilleux du pariétal (dimension : 2 marks), ouverture triangulaire à la dure-mère, section artérielle béante. — Nettoyage, ligature et suture incomplète.

Cinq heures après l'intervention, langage troublé, sans aphasie proprement dite, à droite, facial inférieur paralysé ; membre inférieur parésisé ; membre supérieur : paralysie flasque des doigts et de la main, mouvements possibles de l'avant-bras et du bras ; sensibilité tactile affaiblie, surtout à l'extrémité périphérique, sensibilité douloureuse conservée, mouvements passifs ignorés aux doigts et à la main, mal perçus à l'avant-bras, perçus distinctement au bras.

30 avril. — **Motilité.** — Les mouvements actifs sont rétablis, la main

peut être ouverte ou fermée, mouvements du pouce encore un peu gênés.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — 1. Seuil intensif. Sensibilités revenues : Wernicke remarque la disproportion entre les troubles de la sensibilité tactile et l'astéréognosie.

2. Localisation. Très mauvaise aux doigts, moins mauvaise à la main, bonne à l'avant-bras.

Sensibilité à la pression et sens des *attitudes segmentaires*. Au 30 avril, aucune indication ; au 13 avril ils étaient absolument abolis aux doigts et à la main.

Agnosie tactile. — A la main droite, les objets ne sont pas reconnus : thaler, cuillère, verre à vin, livre, bourse, montre, clé, pain. Un pince-nez, un trousseau de clé, sont reconnus, mais manifestement par l'intervention d'autres sens. Le malade examine surtout si les objets sont lourds ou légers, s'ils sont chauds ou froids, et fait attention aux moindres bruits.

21 juin. — **Motilité.** — Les doigts sont facilement étendus ou fléchis en masse, rapidement et avec force ; le pouce est facilement mis en opposition.

Sensibilité. — Il n'existe plus maintenant aucun trouble grossier de la sensibilité (Wernicke). Toutefois :

5 ans plus tard, le malade se plaint d'avoir la main droite insensible.

Les mouvements passifs des doigts et de la main sont *le plus souvent* perçus.

Les mouvements délicats des doigts et de la main, possibles sous la direction de la vue, deviennent impossibles les yeux fermés.

Agnosie tactile. — Persistante ; une clé et une éponge ne sont pas distinguées.

18 juillet. — Sortie — Cicatrice étoilée et profondément déprimée.

Août 1891 (5 ans après). — **Motilité.** — La main droite est plus faible que la main gauche.

Sensibilité. — *Tactile.* — Comme reliquat de sa maladie, le malade insiste sur le manque de sensibilité de la main droite à la face palmaire des doigts et de la main. A cette condition toutefois, — difficile à réaliser — qu'on arrive à diriger sur eux l'attention du patient, les attouchements sont perçus.

Douloureuse et thermique. — 1. Seuil intensif. Sensibilité normale, égale à droite et à gauche.

2. Localisation. Erreurs légères : les phalanges et les phalangettes sont quelquefois confondues.

Attitudes segmentaires. — Les mouvements passifs du pouce à petite étendue, sont ignorés, les mouvements étendus sont perçus, mais leur amplitude et leur direction mal définies.

La direction de la vue est toujours indispensable en tout pour les mouvements de la main droite : aussi son usage est-il toujours restreint.

Agnosie tactile. — Améliorée, mais persistante : le malade ne peut rien

prendre dans sa poche droite parce qu'il ne distingue pas ce qu'il y a dedans. On appréciera l'agnosie par l'examen suivant :

OBJETS.	MAIN DROITE.
Mouchoir de soie . . .	C'est un mouchoir.
Une poire avec sa queue	C'est un objet froid, tout rond.
La poire écrasée. . . .	Elle paraît lisse et molle. Il ne sent pas l'humidité par la face palmaire, mais la sent par la face dorsale.
Un cachet	C'est un petit objet un peu bossu.
Une grosse clé	C'est un peu plus long que l'autre, il semble aussi que ce soit un cachet.
Un morceau de cire à cacheter	Il semble que ce soit une cerise, parce que c'est mou et que c'est un petit objet.
Une noisette	C'est la même chose, ça présente aussi un bout tranchant.
Un morceau de gomme usé d'un côté. . . .	C'est un grand objet, froid et anguleux, il semble être rond d'un côté et plat de l'autre. Je sens un bord tranchant d'un côté.
Un peigne de poche. .	C'est un objet long : sur un côté, ça ressemble à un crochet, il essaye de le retourner et n'y parvient pas et il entend alors le bruit des dents : c'est un peigne.
L'étui du peigne . . .	Je ne sais pas.
Couteau de poche . . .	Il le repousse par hasard, jusqu'à la face palmaire du poignet, c'est un couteau.
Un crayon	Je crois que c'est un crayon.
Etiquette en carton . .	C'est un objet long.

A la main gauche, tous ces objets sont aussitôt reconnus et nommés.

IV. — OBSERVATIONS DE LANGUE ANGLAISE

(résumées.)

OBSERVATION DE BULLARD.

(*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1904, p. 246.)

128. — Homme d'affaires, 58 ans. — **Motilité.** — En mai 1902, engourdissement à gauche, progressivement suivi par une hémiparésie gauche à constitution lente, avec inhabileté croissante de la main, affaiblissement du membre inférieur et démarche incertaine, sans Romberg au début, aboutissant plus tard à confiner le malade à la chambre.

Réflexivité. — Réflexes rotuliens exagérés, pas de Babinski.

Sensibilité. — *Tactile et douloureuse*, normales ; *musculaire* altérée à la main gauche, le malade perd aussi ses jambes dans son lit.

Agnosie tactile à la main gauche. — Ayant attiré l'attention dès le début.

11 juillet 1902. — Même état : on remarque, en plus, une double papillite, une ataxie marquée du bras gauche, avec erreurs dans la discrimination tactile, un Romberg, un Babinski gauche, et des troubles de **sensibilité** du membre inférieur gauche (localisation, pression, attitudes segmentaires), coïncidant avec une **agnosie tactile** au pied gauche, qui sent un crayon comme un point.

18. — **Sensibilité** généralement améliorée avec amélioration de l'**agnosie tactile** : avec la main gauche, le malade distingue un objet lourd d'un objet léger et reconnaît la plupart d'entre eux.

Dans les jours qui suivent hémianopsie gauche, hémiplegie gauche totale, affaiblissement progressif, mort.

Autopsie. — Gliome du corps calleux, à droite, approchant assez près la corticalité, dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal.

OBSERVATIONS DE BURR.

A. — *The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1898, p. 37.

129. — Homme, 24 ans. A 10 ans, fracture avec enfoncement du pariétal droit sur la région motrice du cerveau : après trois semaines sans connaissance, **hémiplegie** gauche, avec **hémianesthésie** absolue.

En quelques mois, guérison complète de l'hémiplegie et de l'hémianesthésie, sauf erreurs à gauche, dans la localisation des contacts.

Agnosie tactile persistante à la main gauche.

L'auteur conclut à l'origine hystérique du trouble rapporté.

B. — *The Amer. journ. of the med. Sc.*, 1901.

I (p. 305).

130. — L'auteur rapporte à nouveau l'observation précédente, il conclut maintenant à l'agnosie tactile par incapacité de localiser les sensations.

II (p. 306).

131. — Homme, 37 ans, 1898. — **Hémiparésie** gauche avec paresthésies, léger embarras de la parole et douleurs d'intensité moyenne à la région pariétale droite : mouvements tous possibles, mais affaiblis.

Sensibilité. — *Tactile.* — Légèrement affaiblie aux deux premiers doigts gauches et sur le côté gauche du nez ; ailleurs normale, sauf pour la localisation, mauvaise.

« Il n'y avait pas d'altération des autres formes de la sensibilité ».

Agnosie tactile gauche.

Autopsie. — Tumeur sous-corticale droite, au voisinage du ventricule latéral.

III (p. 306).

132. — Homme, 25 ans, 1899. Épilepsie jacksonnienne à la main gauche, avec douleurs concomitantes « en vague » dans le bras gauche. Ablation d'esquilles osseuses, guérison.

Motilité. — Parésie légère du bras gauche, avec ataxie ; maladresse.

Sensibilité. — Normale, sauf à la notion de position, altérée.

Agnosie tactile. — Partielle à la main gauche : il reconnaissait certains objets, d'autres pas, sans qu'on ait pu cantonner l'agnosie à des objets ayant quelque caractère commun.

OBSERVATION DE MAC CONNEL.

(*The journ. of nerv. and ment. dis.*, 1907, p. 201.)

133. — Homme, 53 ans, mouleur, alcoolique, tabagique, et probablement syphilitique, 1907.

Il y a sept ans, hémiplégie gauche, avec élancements dans la face gauche ; au cours des années suivantes, crises d'élancements dans l'hémi-face gauche, avec amélioration de l'hémiplégie, qui laisse derrière elle une faiblesse persistante à gauche ; céphalalgies violentes avec nausées, sans embarras gastriques.

Il y a un an, crise violente d'épilepsie jacksonnienne gauche, sans perte de connaissance.

Aujourd'hui. **Motilité.** — Affaiblissement musculaire gauche, avec mouvements faciles, mais lents et ataxiques, Romberg exagéré par l'occlusion des yeux, démarche ataxique unilatérale.

Après l'entrée, crise violente d'épilepsie jacksonnienne avec perte de connaissance, d'abord gauche, puis généralisée.

Réflexivité. — Réflexes tendineux plus forts à gauche qu'à droite, pas de clonus du pied, Babinski muet.

Pas d'Argyll-Robertson ; aucune névrite optique.

Sensibilité. — A gauche, *hémianesthésie* progressivement croissante vers l'extrémité des membres ; *hyperalgésie* par aires ; *sensibilité thermique* normale.

Attitudes segmentaires. — A gauche, les mouvements passivement communiqués, particulièrement aux doigts, ne sont pas perçus.

Agnosie tactile. — Absolue.

L'auteur estime qu'il s'agit vraisemblablement d'une tumeur à localisation occipito-pariétale droite.

OBSERVATIONS DE DANA.

(*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1894).

III (p. 764).

134. — Garçon, 16 ans, 1894. — Epilepsie jacksonnienne gauche depuis trois ans (coup sur la tête à 13 ans). Elancements dans le bras gauche, avec hémiparésie gauche, accusée seulement au membre supérieur depuis un an. Céphalalgies violentes, vomissements, névrite optique.

Sensibilité (atteinte au seul membre supérieur gauche). — *Hypoesthésie*, avec erreurs dans la localisation et élargissement des champs de Weber (2 cent.) ; *hyperalgésie* légère ; *sensibilité thermique* normale.

A la pression, défectueuse, erreurs dans l'appréciation des poids ; *notion de position*, défectueuse ; *incoordination* des mouvements.

Agnosie tactile. — Le malade n'arrive pas à reconnaître la nature des objets placés dans sa main gauche.

Intervention. — Trépanation droite à la partie moyenne des circonvolutions rolandiques : ablation incomplète d'un sarcome, amélioration passagère, sauf pour les troubles de sensibilité.

IV (p. 766).

135. — Amélia B..., 17 ans. — Epilepsie jacksonnienne droite à début par le membre supérieur, remontant à 11 ans (coup sur le pariétal gauche à 6 ans), suivie d'épilepsie généralisée, hémiparésie droite, sans trouble de sensibilité, arrêt du développement intellectuel.

Intervention. — Trépanation gauche, à la partie moyenne des circonvolutions rolandiques : ablation de substance cérébrale altérée.

Après l'intervention. — **Motilité.** — Hémiparésie droite, marquée surtout à la face, moins au membre supérieur, à peine au membre inférieur.

Sensibilité (membre supérieur droit). — *Hypoesthésie* (anesthésie pour

l'index) avec erreurs dans la localisation, *hypoalgésie, sensibilité thermique normale.*

Notion de position normale, aucune ataxie.

Agnosie tactile. — La malade n'arrive pas à reconnaître les objets usuels qu'on met dans sa main droite.

Trois semaines après, amélioration progressive, motrice, sensitive et mentale.

XVI (p. 776).

Observation de W. H. HUDSON.

Annals of Surgery, 1893, p. 421.

136. — Garçon, 15 ans, 1893. Coup sur la tête. Motilité. Hémiparésie droite, marquée seulement au bras.

Sensibilité droite. — *Superficielle* : hypoesthésie, analgésie, troubles légers de la sensibilité thermique.

Profonde. — Un demi-pound est tenu pour environ cinq pounds.

Agnosie tactile. — Un demi dollar est pris pour un dollar. Les yeux fermés, le malade n'arrive pas à faire la différence entre un mouchoir en soie et la couverture en laine de son lit.

Intervention. — Trépanation gauche à la partie moyenne des circonvolutions rolandiques : ablation d'un caillot extra-dural, guérison.

XVIII (p. 778).

Observation de WILLIAMS

New-York medical journal, 1892, janvier.

137. — Homme, 23 ans, 1892. Fracture compliquée du pariétal droit, sur le « centre du bras ».

Paralysie complète du bras gauche, sans trouble de sensibilité.

Intervention. — Perte légère avec dilacération dans la substance cérébrale. Hernie cérébrale consécutive.

Trois mois après **Motilité.** — Hémiparésie gauche légère.

Sensibilité. — Hémianesthésie uniquement tactile, surtout à la main. Ataxie légère.

Agnosie tactile. — Le malade n'arrive pas à distinguer un canif d'un crayon.

OBSERVATIONS DE DERCUM.

(*The journ. of nerv. and ment. dis.*)

I (1899, p. 470).

138. — Femme, 26 ans, 1899. — **Motilité.** — Depuis deux ans, raideur avec douleurs dans le côté droit du cou, depuis trois mois, maladresse avec

engourdissement de la main droite, puis du bras droit tout entier, qui devient ataxique, enfin de la jambe droite, qui commence à faire tituber la malade.

Réflexivité. — Réflexe rotulien droit exagéré ; un peu de clonus du pied droit.

Sensibilité. — *Superficielle.* — Normale (sans détails).

Profonde. — Altérée : la malade se trompe sur les positions données à tous les segments du membre supérieur droit.

Agnosie tactile. — A la main droite.

Aggravation. — La paralysie motrice et la paralysie sensitive gagnent peu à peu les quatre membres. — Mort.

Autopsie. — Chondrosarcome de l'occipital comprimant l'artère vertébrale droite, le lobe droit du cervelet, et l'olive droite. Dégénérescence des cordons latéraux et postérieurs presque aussi prononcée à gauche qu'à droite. Fibres dégénérées dans le faisceau cérébelleux direct droit.

II (1900, p. 569).

139. — Sur 114 cas d'affections du système nerveux, prises au hasard, F. X. Dercum a rencontré 47 astéréognosies dans l'hémiplégie, trois astéréognosies dans la diplégie cérébrale infantile (dont une unilatérale sur un enfant hydrocéphale, impossible à explorer avec quelque précision), deux astéréognosies dans la paraplégie ataxique, enfin une astéréognosie bilatérale dans la polynévrite, avec troubles de la sensibilité périphérique qui méritent d'être rapportés :

Sensibilité	Main droite	Main gauche
Tactile.	— retardée	—
Douloureuse	+	+
Thermique	—	—
Localisation	—	—
Pression	0	0
Attitudes segmentaires	0	0

Dans aucun des cas ainsi pris au hasard, il n'a trouvé d'astéréognosie sans troubles concomitants de la sensibilité périphérique, superficielle ou profonde.

OBSERVATIONS DE DILLER.

(*Brain* 1901.)

I (p. 649).

140. — Homme, 40 ans, 1901. — *Dix-neuf ans auparavant, fracture du pariétal gauche, ayant nécessité l'ablation d'un large volet osseux : perte de connaissance ayant duré quatre mois, hémiplégie droite ayant duré cinq mois, pour laisser derrière elle une évidente maladresse de la main droite, qui persiste encore aujourd'hui, malgré la force revenue.*

Un ans après l'accident, syphilis : dans les dix années qui suivent, mictions difficiles, affaiblissement sexuel, amblyopie progressive, strabisme passager, marche hésitante.

Septembre 1901. — Large dépression crânienne à la région pariétale gauche : ovoïde ayant trois pouces en long, un pouce en large, à grand axe oblique en bas et en arrière, croisant en X juste en son milieu la projection osseuse de la scissure de Rolando.

Motilité. — Aucune paralysie ; léger degré d'ataxie statique et locomotrice ; pas d'atrophie musculaire.

Réflexivité. — Réflexes rotuliens abolis.

Argyll-Robertson, inégalité pupillaire, atrophie optique bilatérale avancée.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — 1. Seuil intensif. Normale.

2. Seuil extensif. Pour obtenir la discrimination tactile à la face palmaire de la main droite, il faut un écart d'au moins 60 millimètres aux doigts, et 80 millimètres à la paume, bien plus considérable encore à la face dorsale de la main, à l'avant-bras et au bras.

A la pression. — Variations minimales (du dixième au quart), exactement perçues.

Attitudes segmentaires. — Quand les doigts ou le poignet de la main droite sont passivement amenés aux positions de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction, le malade n'arrive pas à reproduire ces attitudes avec l'autre main ; mais il reproduit rapidement les attitudes analogues avec la main droite, quand on les donne à la main gauche. Les attitudes des coudes et des épaules sont correctement reproduites de chaque côté.

Agnosie tactile. — Le malade n'arrive pas à reconnaître les objets placés dans sa main droite, monnaies, bouchons, montre, bouteille, carnet, clé, anneau, carte, crayon et mouchoir..., mais il reconnaît certaines qualités, dur, mou, lisse, rugueux, mouillé, sec, lourd, léger, chaud ou froid... ; quand ces objets sont placés dans la main gauche, il les reconnaît immédiatement.

L'auteur estime qu'il s'agit d'un tabes, mais que l'agnosie tactile ressortit non au tabes, mais à la fracture du crâne.

II (p. 653).

141. — Homme, 35 ans, polisseur sur métaux, 1901.

Juin, juillet, octobre 1900. — Trois crises convulsives, généralisées, la première sans aura, ayant duré trois heures, la deuxième et la troisième avec aura vertigineuse oculaire, ayant duré, la deuxième cinq heures, et la troisième quinze minutes.

Novembre 1900. — Coup sérieux sur la tête : depuis lors, engourdissement persistant à droite, dans la face, le bras et la jambe.

Janvier 1901. — Céphalalgies violentes, sans vomissements, ayant per-

sisté jusqu'en août où elles ont disparu : névrite optique droite, à gauche opacité cornéenne empêchant l'examen.

Avril 1902. — Motilité. — Pas d'affaiblissement musculaire ; station et marche normales ; pas d'atrophie musculaire.

Réflexivité. — Réflexes rotuliens présents, le droit plus rapide que le gauche, mais à peine exagéré ; pas de Babinski.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — 1. Seuil intensif. Normale.

2. Seuil extensif. A droite, pour obtenir la discrimination tactile, il faut arriver aux écarts suivants : à la face palmaire des doigts, 40 à 60 millimètres ; à la paume, 60 à 80 millimètres ; à l'avant-bras et au bras, 30 millimètres de largeur, 80 à 125 millimètres en longueur.

Attitudes segmentaires. — Quand la main droite et les doigts sont amenés aux attitudes variées de flexion, d'extension, d'abduction, et d'adduction, ces attitudes peuvent habituellement être reproduites par l'autre main, mais pas toujours, et jamais sans hésitation ni visible effort, ce qui contraste fortement avec la rapide et toujours correcte reproduction par la main droite et ses doigts, quand la gauche est passivement amenée aux mêmes attitudes.

Agnosie tactile. — Dans la règle, le malade est incapable de reconnaître les divers objets placés dans sa main droite. Il était exploré avec des monnaies variées, du papier monnaie, un crayon, une bouteille, un anneau, une montre, des cartes, un bouchon, un canif, une clé, etc... Il pouvait donner sur les objets des renseignements nombreux, sans arriver à les reconnaître ; il appréciait même les plus petites différences de température, et de poids. Il pouvait dire si les objets étaient grands ou petits, lisses ou rugueux, durs ou mous, mouillés ou secs. Il reconnut correctement un mouchoir de poche, sut qu'une carte était souple, et supposa qu'elle pouvait être en cuir. Tous ces objets, transportés dans la main gauche, furent immédiatement reconnus.

L'auteur estime qu'il s'agit d'une tumeur cérébrale siégeant à gauche, dans la région rolandique.

OBSERVATION DE MILLS.

(*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1901, p. 605.)

132. — Femme d'âge moyen, malarique, sans syphilis antérieure : céphalalgie occipitale, obnubilation intellectuelle, mouvements nystagmiques, névrite optique avancée, raideur du cou, pas de vraie paralysie motrice, réflexes rotuliens affaiblis, ataxie du membre supérieur gauche, *agnosie tactile* à la main gauche.

Autopsie. — Large foyer de ramollissement, limité à l'œil nu au lobule pariétal supérieur, sans extension sur la zone motrice.

Dans la discussion consécutive au long exposé de C. K. Mills sont rapportés :

(p. 610).

143. — 1° Un cas par F. W. Langdon. Epilepsie jacksonnienne gauche, sans trouble de la sensibilité, ni agnosie tactile, suivie d'une hémiparésie gauche, avec trouble de la sensibilité et agnosie tactile passagère, après intervention sur la région rolandique droite.

(p. 612).

144. — 2° Un cas par T. Diller. Maux de tête, vomissements, double névrite optique, convulsions généralisées, ni troubles moteurs ni troubles de la sensibilité commune, agnosie tactile droite.

(p. 613).

145. — 3° Un cas par J. H. Lloyd. Agnosie tactile dans une hémorragie corticale du lobule pariétal supérieur.

(p. 613).

146. — 4° Un cas par J. Collins. Epilepsie jacksonnienne avec astéréognosie typique, par tumeur à départ subcortical, située en plein centre dans la région rolandique.

(p. 615).

147. — 5° Un cas par J. Sailer. Agnosie tactile dans un tabes, sans troubles de la sensibilité superficielle.

OBSERVATION DE MILLS, KEEN ET SPILLER.

(*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1900, p. 244.)

148. — M. S. R., 57 ans, 1900. — A dater de 1894, jusqu'en 1899, apparaissent successivement les signes d'une tumeur cérébrale, avec ralentissement du pouls, associés à d'autres signes d'origine hystérique, ayant longtemps rendu le diagnostic hésitant.

Sensibilité subjective. — Paresthésies variables dans le bras droit, puis dans la jambe droite, céphalalgies d'abord légères et plus ou moins diffuses, puis croissantes et localisées dans la région pariéto-frontale gauche, pas de vomissements, jamais trace de névrite optique jusqu'au jour de l'intervention.

Motilité. — Ataxie dans le bras droit, puis dans la jambe droite, progressivement croissante; plus tard, hémiparésie droite, progressivement croissante aussi jusqu'à l'hémiplégie complète, sauf à l'hémi-face, toujours légèrement parésiée; atrophie musculaire droite tardive.

Réflexivité. — Réflexes tendineux exagérés à droite; clonus léger du pied droit; Babinski tardivement apparu.

Sensibilité objective. — Hypoesthésie tactile, douloureuse et thermique à droite, progressivement croissante, avec participation des muqueuses.

Agnosie tactile. — A la main droite, précoce agnosie tactile, d'intensité croissante avec les progrès de la maladie.

Le malade commence à parler difficilement, se plaint d'engourdissement et d'ataxie légère à gauche (sans troubles de la sensibilité objective et sans agnosie tactile), enfin s'affaiblit progressivement. Après l'échec d'un traitement antisypilitique on décide une intervention gauche sur la région du lobule pariétal supérieur.

Intervention (24 novembre 1899). — Ablation d'une tumeur endothéliale (5 c/m 1/2 + 4 c/m 1/2) pénétrant à 10 centimètres (?) en profondeur dans le lobe pariétal.

Après l'intervention, troubles moteurs, troubles sensitifs, agnosie tactile.

Amélioration progressive, la motilité d'abord, la sensibilité ensuite, avec l'agnosie tactile. Quand la sensibilité n'est pratiquement plus altérée, le malade arrive à reconnaître les objets avec sa main droite, mais plus lentement toutefois, et moins exactement qu'avec sa main gauche.

OBSERVATIONS DE MILLS ET WEISENBURG.

(*The Journ. of nerv. and. ment. dis.*, octobre, 1906.)

(d'après Morton Prince, même journal, 1908, p. 13 et 39.)

I

149. — 1° Altérations de la sensibilité superficielle et profonde, étendues à toute la main, **agnosie tactile** absolue dans toute la main.

2° Large amélioration des troubles de sensibilité aux deux premiers doigts : reconnaissance tactile aux deux premiers doigts, **agnosie tactile** persistante aux trois derniers.

3° Extension nouvelle à toute la main des troubles de sensibilité : **agnosie tactile** absolue dans toute la main.

II

150. — 1° Au premier examen par Spiller, troubles de sensibilité dans la localisation, la notion de position et la perception des mouvements passifs, étendus à toute la main : **agnosie tactile** absolue dans toute la main.

2° Au deuxième examen, fait plus tard par Weisenburg, large amélioration des troubles de sensibilité aux deux premiers doigts, reconnaissance tactile aux deux premiers doigts, **agnosie tactile** persistante aux trois derniers.

III

151. — Troubles de sensibilité, étendus à toute la main, mais plus marqués aux trois derniers doigts, plus légers aux deux premiers : **agnosie tactile**, étendue à toute la main, pour la reconnaissance des objets mais aux trois derniers doigts seulement pour la reconnaissance de la forme, alors que les deux premiers doigts perçoivent l'angularité, partant la forme des objets.

OBSERVATION DE MORTON-PRINCE.

(*The journ. of nerv. and ment. dis.*, 1908, p. 1.)

152. — James C., 40 ans, fracture compliquée circonscrite du pariétal gauche, par l'angle d'un niveau d'eau : traitement chirurgical, guérison des effets immédiats.

Après guérison, dépression marquée sur le pariétal gauche, légèrement ovale et un peu plus large que $\frac{1}{4}$ de dollar, dont le centre correspond directement à la projection sur le crâne de la scissure de Rolando, aux environs de son tiers moyen, par conséquent aux deux circonvolutions rolandiques au niveau du centre du bras.

Motilité. — Il persiste une paralysie spastique marquée du bras droit et une légère paralysie de la jambe droite, insuffisante pour empêcher le malade de continuer à marcher.

Sensibilité. — *Tactile et thermique.* — 1. Seuil intensif. Tout à fait normale.

2. Localisation. Erreurs grossières.

3. Seuil extensif. La discrimination tactile n'a pas été étudiée, à cause des troubles profonds dans la notion de position.

A la pression. — Très affaiblie à la main droite par rapport à la main gauche.

Attitudes segmentaires. — 1. Orientation au repos. Affaiblissement ou abolition marquée dans la notion de position du membre supérieur droit, progressivement croissante du centre à la périphérie : après occlusion des yeux, le malade ignore absolument où sont ses doigts.

2. Mouvements passifs. A droite, affaiblissement marqué dans la perception, abolie pour les petits mouvements, erronée pour la direction des mouvements étendus.

Osseuse (au diapason). — Un peu meilleure à la main malade.

Agnosie tactile. — A droite, absolue, pour la forme et la signification des objets : « Incapable de dire si de petits objets, comme un crayon et une pièce de monnaie, ou de grands objets, comme un effaceur à tableau noir, ou une pelote à épingles, étaient longs et étroits, ronds et plats, grands ou petits, il n'avait absolument aucune idée de la forme ». A gauche, au contraire, reconnaissance aisée des objets familiers.

L'auteur insiste sur la nécessité d'employer plusieurs procédés à la recherche des troubles de sensibilité, particulièrement à la recherche des erreurs de localisation.

OBSERVATION DE OLMSTED.

(*The journ. of nerv. and ment. dis.*, 1898, p. 807.)

153. — H. P. D., 27 ans, employé, 1898. — Début par diplopie passagère avec mouvements nystagmiformes, sans Argyll-Robertson, ni lésion du

fond d'œil, suivie par un engourdissement des trois premiers doigts à droite et des paresthésies variées de l'hémi-face droite, progressivement généralisées à tout le côté droit.

Août 1898. — **Motilité droite.** — Maladresse et raideur dans la main droite, avec ataxie marquée du membre supérieur droit.

Sensibilité droite. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Normale, sauf pour la douloureuse, affaiblie dans le membre supérieur droit et sur le côté droit du tronc (au 20 juillet toutefois, alors qu'il y avait limitation franche aux trois premiers doigts des paresthésies, l'auteur avait noté sur eux un léger affaiblissement de la sensibilité aux trois modes).

Aucun renseignement sur la localisation, ni sur la discrimination tactile.

Musculaire. — Très altérée : une bouteille contenant trois onces de mercure semble au malade aussi lourde qu'une autre bouteille en contenant neuf.

Attitudes segmentaires. — Les mouvements passifs sont bien perçus.

Agnosie tactile. — A la main droite, le malade n'identifie pas une clé, une pièce de monnaie, un plume, une brosse, des ciseaux, une pipe, une boule ou un cube, qu'il reconnaît immédiatement à la main gauche. Il n'arrive pas à reconnaître la forme des objets mais bien leur consistance.

OBSERVATION DE RHEIN (*in extenso*).

(*Medical Record*, 30 mai 1908, p. 923.)

154. — A la dernière séance, tenue le 24 avril 1908, le Dr J. H. W. Rhein a communiqué un cas d'agnosie limitée à la main gauche. La **sensibilité** tactile, douloureuse et thermique, le sens de position et de localisation étaient conservés aussi bien que la reconnaissance de la grosseur, de la forme, de la dimension et du poids, mais il y avait perte du pouvoir de déterminer l'**identité** de l'objet par le toucher. Il n'y avait aucun signe de paralysie, ataxie, aphasie, ou spasmodicité.

OBSERVATIONS DE SAILER.

(*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1899, p. 161.)

155 et 156. — Deux observations d'**agnosie tactile** par hémorragie cérébrale, avec altération légère des sensibilités cutanées, associée à l'altération plus marquée de la sensibilité profonde aux attitudes.

OBSERVATION DE TAYLOR.

(*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1904, p. 189.)

157. — Homme, 29 ans : céphalalgies persistantes, à siège frontal, d'abord sans nausées, puis avec nausées et vomissements — légère inégalité pupillaire, sans Argyll-Robertson, soupçon de névrite optique.

Motilité. — Faiblesse générale, amaigrissement, hémiparésie droite, avec engourdissement et convulsions dans le membre supérieur droit. Titubation.

Réflexivité. — Normale.

Sensibilité. — *Tactile et douloureuse.* — Normale à la main droite ; aucun autre renseignement.

Agnosie tactile. — A la main droite. Absolue.

Intervention. — Trépanation sur la région rolandique gauche, ablation facile d'un tubercule au niveau du centre du bras, amélioration fonctionnelle, avec apparition d'une hémiplégie droite — mort 28 jours après.

Autopsie. — Tuberculose miliaire aiguë disséminée.

OBSERVATION DE TELLER ET DERGUM.

(*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1901, p. 459.)

158. — M. J. J., 20 ans, 23 novembre 1900. Coup sur la tête (dépression pariétale gauche à un demi-pouce en arrière de la scissure de Rolando à trois quarts de pouce au-dessous de la suture sagittale) : hémiplégie droite absolue, avec perte de connaissance.

Intervention. — Trépanation, ablation d'un caillot sous-dure-mérien à pénétration profonde, suivie d'une demi-cuillère à thé de substance cérébrale, drainage — guérison.

Suites opératoires. **Motilité.** — Légère hémiparésie droite, avec hémiaxie, jambe droite un peu trainante, hésitations dans le bras droit — aucune contracture.

Réflexivité. — Réflexes rotuliens un peu plus forts à droite ; Babinski par excitations répétées.

Sensibilité. — A droite, troubles de sensibilité marqués au poignet, plus à la main, particulièrement aux doigts : *hypoesthésie*, avec erreurs dans la localisation et troubles de la discrimination tactile ; *hyperalgésie* légère ; *sensibilité thermique* à peu près normale ; sensibilité à la *pression* diminuée ; *notion de position* des doigts ; très altérée.

Agnosie tactile. — Absolue (cuillère, dé, anneau, boule, cube en bois et canif).

OBSERVATIONS DE WALTON ET PAUL.

(*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1901.)

I (p. 195).

159. — Femme, 51 ans, 1901. — **Paralysie** bulbaire apoplectiforme de Gowers, remontant à dix ans, avec engourdissement et faiblesse à la main gauche.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse, spatiale*, légèrement altérées ; *thermique, localisation, notion de position* normales.

Agnosie tactile. — La malade n'arrive pas à reconnaître les objets placés dans sa main gauche.

II (p. 195).

160. — Nellie B..., femme jeune, 1900. — **Motilité.** — Engourdissement du bras et de la jambe gauches, progressivement croissant depuis six semaines ; quelques mouvements involontaires de la main gauche, légèrement inhabile, mais sans affaiblissement, ni parésie.

Réflexivité. — Réflexe rotulien gauche exagéré ; clonus du pied ; pas de Babinski.

Sensibilité subjective. — Légère céphalée occipitale ; amblyopie passagère ; rien au fond d'œil.

Sensibilité objective. — *Hypoesthésie*, sans trouble de la *sensibilité douloureuse ou thermique* ; perte de la *notion de position* des doigts.

Agnosie tactile. — A la main gauche, la malade n'arrive pas à reconnaître les objets, couteau, monnaie, crayon, par exemple.

Huit jours après, violents maux de tête, vomissements, hémiplégie gauche à constitution rapide, avec Babinski.

Huit jours après, intervention sur la région rolandique droite, sans résultat : mort, autopsie refusée.

III (p. 196).

161. — J. W..., femme jeune, 1900. — **Motilité.** — Engourdissement du côté droit, suivi par une hémiplégie droite à constitution progressive, sans aphasia franche, avec inhabileté de la main droite.

Réflexivité. — Réflexe rotulien droit exagéré ; pas de clonus du pied ; Babinski.

Sensibilité subjective. — Céphalalgie modérée avec vomissements ; pas de troubles visuels : rien au fond d'œil.

Sensibilité objective. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Normale, erreurs dans la localisation aux extrémités des doigts seulement, et dans la discrimination tactile, avec réponses paradoxales.

A la pression affaiblie ; *notion de position* des doigts, tantôt exacte, tantôt inexacte.

Agnosie tactile. — A droite, au premier examen, la malade ne pouvait pas distinguer un rond d'un carré, ni reconnaître un quart de dollar, un couteau, un crayon, une main de papier, ou une clé ; au second examen, tous ces objets, sauf la clé, ont été reconnus.

Un mois après : céphalalgie, vomissements, double névrite optique, aggravation de l'hémiplégie, mauvais état général.

Intervention — Trépanation sur la région rolandique gauche : tumeur maligne inopérable. immédiatement en arrière de la scissure de Rolando — aggravation des symptômes, hernie cérébrale.

IV (p. 199).

162. — Mme A. C..., 27 ans, 1900. — Epilepsie jacksonnienne gauche à début par le gros orteil, remontant à deux ans ; **hémiparésie** gauche, avec clonus du pied et Babinski ; ataxie de la jambe gauche ; céphalalgie, vomissements, double névrite optique.

Sensibilité. — Au pied gauche : *tactile* normale, avec élargissement étendu des champs de Weber (6 centimètres = toute la largeur du pied) ; *douloureuse*, normale ; *thermique*, plus ou moins altérée ; *notion de position* des orteils, perdue.

Au pied droit, toutes les sensibilités sont normales.

Agnosie tactile. — A la main gauche, pas d'astéréognosie.

Au pied droit, astéréognosie : la malade n'arrive pas à distinguer avec la plante un quart de dollar d'un crayon transversalement posé.

22 janvier 1901. — **Intervention.** — Trépanation droite à la partie inférieure de la scissure de Rolando (épilepsie jacksonnienne à début par l'orteil) ; ablation d'un caillot ancien en arrière de la scissure de Rolando ; il s'agit vraisemblablement d'un néoplasme extrêmement vasculaire, à limites trop indécises pour qu'il puisse être enlevé.

26 janvier. — Etat général amélioré : la malade se sent mieux.

Motilité. — Quelques mouvements dans le bras gauche et les doigts gauches.

Sensibilité. — A la main gauche : *tactile*, à peine émoussée, avec élargissement étendu des champs de Weber ; *douloureuse*, à peine émoussée ; *thermique*, normale ; *notion de position*, perdue ; *mouvements passifs*, ignorés dans les doigts et dans la main.

Agnosie tactile. — Concurrément à l'apparition des troubles de sensibilité, apparition d'une astéréognosie absolue à la main gauche — reconnaissance immédiate à la main droite.

V (p. 209).

163. — Mme B..., 92 ans. Hémichorée gauche, sans **paralysie**, remontant à 12 jours, violente au bras, moyenne à la face, légère à la jambe.

Sensibilité. — A la main gauche, aucun renseignement.

Au pied gauche, *tactile*, *douloureuse* et *thermique*, normale, erreurs grossières dans la localisation, champs de Weber très élargis, *notion de position* des orteils, perdue.

Agnosie tactile. — A la main gauche, modérée : un flacon pris pour une bourse, un objet carré pour un objet rond ; un canif rapidement reconnu — comparaison difficile avec la main droite à ² déformations rhumatismales.

Au pied gauche, absolue : le crayon transversal immédiatement reconnu au pied droit, n'est pas reconnu au pied gauche.

OBSERVATION DE WEISENBURG.

(*The Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1907, p. 202.)

164. — Homme, 32 ans. Sans alcoolisme, ni syphilis antérieure, (1907).

Une nuit, réveil par une douleur à gauche, dans le dos, la tête et le cou, le matin suivant.

Deux jours après, faiblesse à gauche, sensation de bras mort, progressivement étendue au tronc, puis à la jambe.

Quinze jours après, le malade remarque qu'il saisit mal à gauche les objets sans le contrôle de la vue.

Jamais aucune céphalalgie, aucun vomissement, aucun trouble oculaire.

Motilité. — Aucune faiblesse à gauche, sauf la main gauche maladroite quand elle n'agit pas sous le contrôle des yeux.

Reflectivité. — Réflexes tendineux rapides, particulièrement à gauche; pas de Babinski.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Normale à gauche comme à droite, avec erreurs dans la localisation d'autant plus étendues qu'on s'approche plus du bord cubital de la main. Il n'est malheureusement pas fait mention de la discrimination tactile.

A la pression. — Normale.

Attitudes segmentaires. — A gauche, orientation au repos troublée; mouvements passifs d'autant moins bien perçus aux doigts qu'on s'approche plus du bord cubital de la main.

Osseuse (au diapason). — Normale.

Agnosie tactile. — Absolue: la consistance ou la forme d'un objet pouvaient quelquefois être reconnues, mais uniquement par l'index et le pouce, surtout le pouce.

OBSERVATIONS DE WILLIAMSON.

A. — *Brit. med. Journ.*, 25 septembre 1897.

I

165. — Mme A. B., 26 ans, syphilitique. Maux de tête, double névrite optique ayant abouti dans la suite à l'amaurose.

Motilité. — Légère hémiparésie faciale gauche, pas de paralysie du bras ou de la jambe, convulsions commençant par le pouce gauche, guérison progressive.

Sensibilité (main gauche). — *Tactile*, normale; *douloureuse*, affaiblie; *thermique*, normale — agrandissement des champs de Weber.

A la pression, normale; aux *mouvements passifs*, normale.

Agnosie tactile. — A la main gauche, la malade n'arrive pas à reconnaître les objets.

Un traitement antisypilitique intensif améliore rapidement la maladie. A mesure qu'elle s'améliore, les troubles de **sensibilité** s'améliorent à la main gauche et l'**agnosie tactile** s'amende parallèlement, pour disparaître à la guérison.

II

166. — Jeune homme **Motilité**. — A gauche, épilepsie jacksonnienne, sans paralysie, ni affaiblissement musculaire, ni ataxie.

Sensibilité. — *Tactile*. — Normale, sans erreurs de localisation, ni troubles de la discrimination tactile, sauf à l'index gauche ; *douloureuse*, affaiblie ; *thermique*, normale.

A la *pression*, aucun renseignement ; *notion de position*, normale ; aux *mouvements passifs*, aucun renseignement.

Agnosie tactile. — Absolue : le malade sent qu'il tient un objet, mais sans jamais le reconnaître — reconnaissance immédiate à droite.

B. — *Medical Chronicle*, février 1899.

I

167. — Mme M. H... Cœur dilaté, souffle mitral systolique.

Motilité. — Hémiplegie gauche à début apoplectique autrefois : la paralysie est complètement guérie.

Sensibilité. — *Tactile et douloureuse*. — Excellente à la main gauche — pas d'autres renseignements.

Agnosie tactile. — A la main gauche, la malade ne reconnaît pas la nature des objets.

II

168. — Mme E. R., 37 ans. Cœur dilaté, souffle mitral systolique.

Motilité. — Hémiplegie droite à début apoplectique : guérison presque complète, sauf un affaiblissement musculaire extrêmement léger à la main droite.

Sensibilité. — *Tactile et douloureuse*. — Excellentes à la main droite — pas d'autres renseignements.

Agnosie tactile. — A la main droite, la malade ne reconnaît pas la forme des objets.

C. — *Brit. med. journ.*, décembre 1899, p. 1600.

169. — M. A. M..., 44 ans, sans antécédents syphilitiques, 1899.

Trois mois auparavant, céphalalgies violentes, surtout à droite, en avant et en arrière de la bosse pariétale.

Quinze jours après, disparition des douleurs, apparition d'affaiblissement visuel par crises passagères, qui duraient 5 à 10 minutes, sans autres symptômes : 12 crises en quatre semaines.

Un mois après, disparition des crises, apparition progressive d'une légère

parésie gauche, avec difficulté pour s'exprimer. Le malade vient spécialement parce qu'il n'arrive pas, avec la main gauche, à reconnaître les monnaies dans sa poche.

24 octobre 1899. — **Motilité.** — Légère hémiparésie gauche, faciale, brachiale, et crurale. Tous les mouvements sont possibles, sauf gêne dans les mouvements délicats (se boutonner, manier les petits objets); légère ataxie du membre supérieur gauche; pas d'affaiblissement musculaire.

Réflexivité. — Réflexe rotulien gauche exagéré; pas de clonus du pied.

Inégalité pupillaire; pas d'Argyll-Robertson.

Sensorialité. — Strabisme interne, opacité du cristallin et choroidite à gauche, depuis l'enfance; champ visuel et fond d'œil normaux à droite.

Sensibilité. — *Tactile, douloureuse et thermique.* — Normale à la main gauche, sans erreurs de localisation, comme au reste du corps — il n'est pas fait mention de la discrimination tactile.

A la pression. — Complètement abolie au membre supérieur gauche, normale partout ailleurs.

Attitudes segmentaires. — Les mouvements passifs, communiqués aux doigts et à la main gauche ne sont pas perçus — tous les autres mouvements passifs sont perçus.

Agnosie tactile. — A la main gauche, le malade ne reconnaît pas les objets usuels, qu'il reconnaît immédiatement à la main droite: monnaie, clé, montre, cube en bois, boule, dominos, petite boîte, etc...; quelquefois, mais rarement, il arrive à reconnaître leur forme ou leur consistance.

6 novembre 1899. — Amaurose brusque par embolie de l'artère centrale de la rétine.

CHAPITRE III

L'AGNOSIE TACTILE. — SES LIMITES.

I

En plus d'observations personnelles, on a rapporté ci-dessus un assez grand nombre d'observations françaises, un moins grand nombre d'observations étrangères.

On n'a pas indifféremment rapporté, comme *observations personnelles*, un ensemble d'observations où l'agnosie tactile ait été consignée : on a choisi, dans l'ensemble, un type, assez rare à trouver, où l'absence, ou tout au moins l'insignifiance, à la main, d'altérations motrices, associée souvent à l'insignifiance, ou même au défaut apparent d'altérations sensitives, laissât au premier rang l'agnosie tactile, apparemment au moins indépendante et primitive.

Aux *observations françaises* au contraire, on a rapporté tout un faisceau d'observations, les plus importantes *in extenso*, la plupart fortement résumées, sauf en tout ce qui peut avoir trait, soit à la sensibilité dans son atteinte objective, soit à l'identification tactile.

Il n'y faudrait pas voir toutefois une revue bibliographique aspirant à présenter, dans un tableau récapitulatif, l'ensemble des cas français où l'agnosie tactile ait été rapportée. Outre son inutilité pratique, un pareil travail aurait nécessité d'autres recherches, et pris une autre extension. On a tendu plus simplement à des fins plus modestes.

En effet, si, dans la multiplicité des cas disparates ainsi rapportés, on veut bien établir une classification provisoire et grossière, on s'apercevra facilement qu'ils illustrent, à titre

exemplaire et typique, toutes les séries cliniques où l'agnosie tactile a pu s'observer jusqu'ici — à partir des cas où l'agnosie ressortit avec évidence à l'intensité périphérique du déficit moteur, avec ou sans contracture, et surtout à l'intensité périphérique des altérations sensitives, jusqu'à ceux où l'agnosie, apparemment prépondérante à l'examen superficiel, arrive à tromper ainsi sur sa véritable origine.

Les faits ont en eux leur force de conviction, qui passe toutes les plaidoiries. Aussi, dans chaque série pathologique, a-t-on voulu, sans toutefois prétendre à paraître complet, rapporter plusieurs cas, souvent très différents (l'agnosie tactile exceptée) des cas rapportés dans les séries voisines, mais superposables entre eux. On a préféré leur enseignement à l'exposé théorique, à propos d'un seul exemple, à bon droit suspect d'exception, des variétés qu'on peut observer dans l'agnosie tactile, suivant les troubles, variables en intensité comme en qualité, qui ressortissent aux maladies variables propres à la provoquer. Aussi le lecteur, en se reportant au suffisant abrégé des faits, arrivera-t-il à prendre d'elle, on peut dire à peu près nécessairement et par la soude suggestion des choses, une connaissance autrement étendue, objective et précise, qu'il n'aurait fait dans une inutile argumentation, libérée du seul détail évocateur et convaincant.

On s'est toutefois limité, pour l'agnosie tactile au cours du tabes, aux seuls cas où la superposition radiculaire agnosique aux altérations radiculaires de la sensibilité donnait à l'examen du malade un cachet assez spécial. C'est qu'en effet, avec ses troubles étendus des sensibilités articulo-musculaires, en particulier l'altération régulière et profonde du sens, ou mieux de la perception des attitudes segmentaires, associés aux troubles variables, mais fréquents, des sensibilités cutanées, le tabes apparaît à première vue comme une sorte de terre promise à l'agnosie tactile.

Cependant, bien qu'on ait volontairement limité la collection d'observations françaises au recueil incomplet qu'on

en a pu trouver, on s'est toutefois efforcé d'apporter, la plupart en détail, quelques-uns même *in extenso*, tous les cas importants, soit qu'ils aient semblé présenter pour le classement des agnosies tactiles une valeur typique individuelle, soit qu'ils puissent apporter ou qu'ils aient apporté déjà matière à discussion dans l'interprétation pathogénique.

C'est d'ailleurs aux observations du même type important qu'on a réduit la collection d'*observations étrangères* : on a voulu seulement rassembler dans un tableau rapide, aussi complet qu'il a paru possible, les seuls cas publiés susceptibles de prêter aux divergences interprétatives.

On n'a toutefois pas rapporté sur chaque observation litigieuse, étrangère ou française, chaque interprétation donnée. On estime en effet, en pareille matière, les faits bien observés supérieurs au raisonnement d'autrui, pour arriver à l'interprétation personnelle, en toute connaissance d'un procès où l'observation clinique apparaît seule avec sa valeur objective et précise apte à forcer la conviction.

II

Il faut maintenant s'entendre sur les mots :

Par agnosie tactile, au sens large où, dans les observations qui précèdent, un pareil terme est systématiquement employé, on entend l'incapacité d'arriver, par la seule palpation (*by handling it*), à reconnaître un objet dans la main.

Il s'agit là d'un fait, indépendant du sujet qui l'observe, objectivement grossier, simple, et par là-même indiscutable. Il importe toutefois d'apporter quelques restrictions, d'ailleurs indispensables, qui limitent avec fruit l'acception qu'il faut réserver au mot.

Il va sans dire, en premier lieu, qu'il faut l'appliquer aux troubles spécialisés de la reconnaissance tactile. Il existe, entre l'agnosie partielle, atteignant la seule identification

tactile au titre particulier d'identification par le toucher, et l'agnosie générale, atteignant l'identification tactile au titre essentiel d'identification, concurremment avec l'identification visuelle, auditive, ou moins souvent olfactive ou sapide, un fossé profond qu'il convient de ne pas franchir. La première, à quelque interprétation qu'on s'arrête en effet, ressortit à coup sûr à des troubles spécialisés, d'origine périphérique à croire les uns, ou centrale à croire les autres, mais en tout état compatibles avec un système intellectuel à fonctionnement régulier. La seconde, au contraire, ressortit à des troubles profonds de l'idéation, dont les altérations variées retentissent réciproquement les unes sur les autres, aboutissant, par leur inextricable intrication, à rendre infructueuse toute analyse élémentaire. C'est ainsi qu'on ne saurait établir aucune utile comparaison entre un hémiplégique anesthésique, à parfaite intelligence, incapable d'identifier un objet, quel qu'il soit, avec sa main malade, et quelque paralytique général ou quelque autre dément, sénile ou précoce, incapable d'identifier un même objet avec ses deux mains, sans qu'on puisse arriver à savoir, dans le naufrage où toutes ses facultés ont plus ou moins sombré, à quel trouble, amnésie, inattention, fuite des idées, jugement pathologique ou réticence, il faut principalement rapporter son agnosie tactile.

Ce n'est pas qu'on n'arrive à trouver des cas où l'agnosie générale ait semblé ressortir moins à la désagrégation des facultés cérébrales qu'à la combinaison d'agnosies partielles, assez étroitement localisées chacune à leur appareil informateur. Une observation de Nodet (1), une observation de Chrétien (2), deux observations de Vorster (3), une observation de Lépine (4), au moins, sont là pour l'attester sans

(1) V. NODET, thèse, obs. I, p. 115.

(2) R. CHRÉTIEN, thèse, obs. I, p. 75.

(3) J. VORSTER, *Arch. für Psych.*, 1898, p. 362. Obs. VII (von Jansen) et obs. VIII (Redlich).

(4) R. LÉPINE, *Journ. de psych. norm. et path.*, 1904, p. 163.

qu'on ait cherché plus à renvoyer à d'autres, qu'il serait toutefois loisible de trouver. On avait autrefois réservé le terme d'apraxie (parapraxie par agnosie de Liepmann) à la désorientation pathologique au milieu p'objets familiers qui suit inévitablement un pareil complexus étiologique. On peut même arriver à concevoir ainsi des apraxies unilatérales, par association d'une agnosie tactile unilatérale avec une agnosie visuelle d'origine asymbolique. C'est ainsi, par exemple, qu'un hémiplégique anesthésique, en plus atteint de cécité psychique, n'arrivera pas à savoir l'usage et la signification d'un peigne à sa main malade, et qu'il pourra vouloir s'en servir pour manger, tandis qu'il arrivera, par une étude attentive, à sa main saine, à reconnaître l'objet, qu'il emploiera dès lors à sa véritable destination.

Quoiqu'on puisse, à la rigueur, observer des cas où, malgré la complexité des états qu'elle arrive à déterminer, c'est au seul titre d'agnosie spécialisée qu'entre l'agnosie tactile, indispensable au résultat, dans l'ensemble étiologique, on a systématiquement écarté les faits du même type au cours du travail actuel. Outre qu'il est difficile, en effet, d'arriver à faire, en pareil cas, la part d'un affaiblissement intellectuel généralisé, toujours possible, et souvent vraisemblable au cours d'altérations du cerveau nécessairement assez étendues, on reconnaîtra volontiers qu'il s'agit là de phénomènes trop complexes, et susceptibles d'interprétations trop diverses, pour qu'on puisse en tirer primitivement quelque fruit dans l'interprétation des agnosies tactiles.

III

Mais cette importante exclusion du champ des agnosies tactiles est encore insuffisante. Il en faut exclure en second lieu l'identification des objets mal connus.

L'identification d'un objet dont il n'a jamais su la signification ni l'usage apparaît avec évidence impossible à tout

homme, aussi normal et sain qu'il soit. On peut laisser un ophthalmoscope aux mains d'un sauvage, ou même aux mains d'un civilisé, mais on aura mauvaise grâce à s'étonner si l'un porte en décoration son ophthalmoscope à la poitrine, ou si, plus simplement, l'autre en fait un miroir à porter dans sa poche.

A cette extrémité, la précaution peut sembler enfantine. Il faut toutefois savoir qu'elle exagère avec utilité jusqu'à l'exemple absurde, et par là plus frappant, une erreur assez fréquemment commise. On n'arrive en effet à l'identification tactile aisée, sûre et rapide, qu'autant qu'il s'agit d'objets fréquemment palpés autrefois. Il faut avoir acquis, par l'expérience involontaire, inconsciente et toujours répétée à laquelle oblige à chaque instant la vie pratique ou la vie professionnelle, un savoir assez étendu, délicat et précis sur la consistance, ou la forme, ou les dimensions, enfin sur l'ensemble des qualités tactiles particulier à chaque objet, pour arriver à l'identifier sans effort, et comme automatiquement, par la seule palpation. Il y faut aussi l'évocation fréquente, à l'occasion d'actes journaliers, soit qu'on l'ait perdu, soit qu'on l'ait caché, soit qu'on ait à l'emprunter — l'habitude, en un mot, d'y penser.

Il n'est pas toujours suffisant, en effet, pour arriver à l'identification, qu'on sache auparavant à quoi sert un objet, ou qu'on l'ait vu plusieurs fois, ou même assez fréquemment : il faut aussi l'avoir palpé. C'est là d'ailleurs un fait objectivement tangible : un coltineur, un terrassier, un maçon, tout à fait sain d'autre part, à condition qu'il soit d'intelligence moyenne et moyennement attentif, arrive difficilement, ou n'arrive pas à reconnaître exactement à sa main saine un dé à coudre, un œuf à repriser les bas, une agrafe, un écheveau, tous objets qu'il a la plupart du temps vus chez lui, mais qu'il n'a personnellement, en tant qu'homme habitué aux gros ouvrages, ni l'habitude de palper, ni l'habitude d'évoquer dans sa mémoire — alors qu'il y reconnaît parfaitement tous ses objets à lui, mètre, fil à plomb, truelle, ou verre à

boire. On peut répéter l'expérience : elle réussit assez souvent, mais plus ou moins suivant l'objet.

Mais — aussi plus ou moins suivant le sujet : à mesure en effet qu'on s'élève dans l'échelle intellectuelle, il va sans dire qu'un tel exemple va progressivement en perdant sa netteté — jusqu'au sujet suffisamment intelligent qui reconnaît à tous coups les objets les moins familiers, à condition bien entendu qu'il ait pu déjà les voir ou les palper — mais sans aisance, avec hésitation, lentement, après avoir mis en jeu toutes ses facultés tactiles, une attention profonde, et tous ses souvenirs. Au reste, il n'y a là rien qui puisse étonner, quand on veut bien réfléchir aux nuances délicates, inconsciemment perçues dans la pratique qui différencient parfois deux consistances, deux formes ou deux poids.

Il faut marquer cependant entre cette agnosie ou cette hésitation dans la reconnaissance, on pourrait dire physiologique, et l'agnosie vraie, franchement pathologique, un écart essentiel. Par l'exercice attentif en effet la première, avec un train d'allure extrêmement rapide, et pour beaucoup d'objets à la deuxième épreuve, arrive à s'évanouir, la seconde au contraire, inaméliorée, persiste : «... lorsqu'un sujet est privé de la perception stéréognostique, on peut lui mettre le même objet dans la main dix fois, vingt fois de suite, et bien qu'après chaque examen on lui ait montré l'objet et qu'on lui en ait donné le nom, il est aussi incapable de le reconnaître à la vingt et unième expérience qu'à la première (1). »

IV

A l'agnosie tactile éphémère et normale ainsi causée par l'ignorance ou l'insuffisante expérience antérieure, on peut aussitôt rattacher l'agnosie par hémiplegie cérébrale infantile. Assez fréquemment, en effet, sans aucune altération des

(1) J. DEJERINE, *Rev. neur.*, 1909, p. 360.

sensibilités, superficielle ou profonde, avec une intelligence à développement régulier, on y peut constater, à la main du côté malade, une agnosie tactile unilatérale. On en peut trouver, sans aller plus loin, la preuve évidente, aux trois observations de Dejerine (1), à l'observation de Claparède (2), à l'observation de Chrétien (3), aux observations d'Oppenheim (4) et de Kattwinkel (5). Par un mécanisme analogue au précédent, l'hémiplégie cérébrale infantile arrive à réaliser l'ignorance tactile essentielle et fondamentale à laquelle on doit avant tout rapporter l'agnosie. Ainsi qu'on a pu voir, à l'état physiologique, les circonstances extérieures empêcher qu'un sujet d'ailleurs sain, tout à fait naturellement et par la force des choses, arrive à recueillir aux deux mains, sur les qualités tactiles d'objets exceptionnels, des renseignements qui suffisent à l'identification tactile ultérieure — on peut voir, à l'état pathologique, une hémiplégie cérébrale infantile empêcher qu'un malade arrive à recueillir, à sa main paralysée, sur les qualités tactiles d'objets même usuels des renseignements qui suffisent à la mettre au rang où l'exercice automatique a porté sa main saine. « Pour qu'un sujet puisse se servir de son sens de perception stéréognostique, il faut qu'il l'ait d'abord développé par une véritable éducation qui ne s'acquiert qu'en établissant les rapports existant entre certaines notions fournies par les sensibilités superficielles et profondes et la forme des objets. Ce sens n'est donc pas inné ; il n'existe pas chez les petits enfants et fait également défaut chez les adultes qui n'ont pu faire cette éducation (6). »

Si d'ailleurs on fait faire à la main paralysée l'éducation qui lui manquait, on assiste au rétrécissement progressif et

(1) J. DEJERINE, *Sem. méd.*, 1899, p. 250.

(2) E. CLAPARÈDE, *Journ. de phys. et de path. gén.*, 1899, p. 1001, obs. I.

(3) R. CHRÉTIEN, Thèse de Paris, 1902, p. 76, obs. II.

(4) H. OPPENHEIM, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 1898.

(5) KATTWINKEL, *Deutsches Arch. für klin. Med.*, 1898, LXI.

(6) J. DEJERINE, *Sem. méd.*, 1899, p. 250.

sûr du champ d'agnosie tactile : ainsi l'amélioration remarquable, obtenue par Claparède (1), en six mois, chez un enfant atteint d'hémiplégie cérébrale infantile. Outre l'appui qu'un pareil fait apporte à l'interprétation proposée, la seule au reste apparemment vraisemblable, on voit qu'il assimile à nouveau cette agnosie pathologique à l'agnosie naturelle à tout homme ignorant.

Si toutefois l'une apparaît aussi particulière aux objets d'exception, chez un sujet aux mains par ailleurs averties, l'autre étendue, profonde, et comme enracinée, chez un malade à main par ailleurs ignorante, on conçoit aisément quel écart peut les séparer, et combien disparaître est un jeu pour l'une, et pour l'autre un pénible et durable travail. Il n'y saurait pourtant avoir là qu'un écart d'intensité — mais un rapport d'identité persiste : elles ressortissent, agnosie par ignorance aussi bien qu'agnosie par hémiplégie cérébrale infantile, à l'insuffisante acquisition d'éléments primitifs, auxquels puisse ultérieurement s'en référer l'identification tactile. Elles ne constituent pas, à proprement parler, un trouble de la reconnaissance : aussi sont-elles incapables d'apporter quelque éclaircissement au mécanisme des troubles de la reconnaissance tactile : c'est pourquoi, d'ailleurs, on a jugé leur élimination nécessaire.

Au reste il faut éviter d'attribuer par avance et comme inévitablement à toute hémiplégie cérébrale infantile une agnosie pathognomonique. Les observations de Hoffmann (2) et les expériences, plus récentes, de Cattaneo et Marimo (3) démontrent en effet avec quelle étonnante précocité la fonction d'identification tactile apparaît chez l'enfant. Il suit qu'une hémiplégie doit apparaître au tout premier âge avant d'entraîner l'agnosie tactile. A quel âge exact ? — Il est impossi-

(1) E. CLAPARÈDE, *Journ. de phys. et de path. gén.*, 1899, p. 1004, obs. I.

(2) H. HOFFMANN, *Inaug. Dissert.* Strasbourg, 1883.

(3) C. CATTANEO et F. MARIMO, *Ricerche su alcune sensibilità et sul senso stereognostico nella et à infantile*, *Pediatrics*, déc. 1902.

ble ici d'apporter quelque précision. Suivant l'intelligence, en effet, et suivant la vie quotidienne, on conçoit qu'une éducation tactile ait sur l'une un retard et sur l'autre une avance — et le plus qu'on en puisse dire, c'est qu'on a vu des enfants à deux ans, ou même à moins, présenter pour les objets simples, à condition qu'ils soient à la portée d'une intelligence enfantine, ou pour un jouet compliqué (1), mais habituel, difficile à l'adulte, une identification tactile assez sûre ; alors qu'on en voit d'autres, autrement plus âgés, n'avoir encore acquis qu'une identification tactile hésitante et d'étroite excursion. On conçoit aussi qu'il en aille autrement, après l'hémiplégie, suivant l'attention, la mémoire, et le jugement de l'enfant, qui peut négliger, perdre, ou mal utiliser les éléments auparavant acquis, ou cherche au contraire à tirer d'eux un maximum d'informations ; suivant la paralysie qui tantôt prête et tantôt s'oppose à toute acquisition nouvelle ; et suivant l'entourage, empressé pour l'exercice ou compatissant à l'apathie du membre paralysé. On voit à quels éléments, divers et multiples, ressortit alors l'agnosie tactile : on comprend ainsi qu'elle apparaisse assez variable, intense ou légère, étroite ou généralisée, bien qu'observée quelquefois au même âge, ou plus, après qu'au même âge a débuté l'hémiplégie cérébrale infantile. On trouve aisément, calquées sur l'un ou l'autre type, une assez large diversité d'observations : aussi suffira-t-il qu'on rappelle ici trois observations de Dejerine (2), une observation de Claparède (3), une observation de Chrétien (4), où l'hémiplégie s'accompagne d'agnosie tactile ; une observation de Claparède (3) et deux observations de Kramer (5), où l'hé-

(1) E. CLAPARÈDE, *Journ. de phys. et de path. gén.*, 1899, p. 1001, obs. II.

(2) J. DEJERINE, *Sem. méd.*, 1899, p. 250.

(3) E. CLAPARÈDE, *Journ. de phys. et de path. gén.*, 1899, p. 1001, obs. I et II.

(4) R. CHRÉTIEN, thèse de Paris, 1902, p. 76, obs. II.

(5) F. KRAMER, *Monatss. für Psych. und Neur.*, 1906, XIX, p. 137, obs. III et IV.

miplégie a laissé le champ plus ou moins libre à l'identification tactile.

En résumé la fonction d'identification tactile est le fruit d'une expérience acquise au cours du travail quotidien. Quand l'expérience initiale a fait défaut, et qu'aucun élément, pour l'une ou pour l'autre raison, n'a jamais été classé dans la mémoire, à titre d'étalon constamment révisé, il n'y saurait avoir identification tactile, et partant troubles de l'identification donc agnosie tactile. On voudra bien observer qu'une aussi simple constatation ne préjuge absolument rien sur la nature et le lieu des représentations tactiles ainsi primitivement emmagasinées dans la mémoire, et dont ce n'est pas ici l'endroit de discuter.

V

Aux considérations qui précèdent on peut emprunter déjà quelques règles d'examen.

Il convient avant tout d'éliminer toute intelligence anormale : il apparaît alors impossible en effet d'arriver à faire sa part, unique, importante, ou secondaire, à l'insuffisance, à l'affaiblissement, ou même au dérèglement des fonctions cérébrales.

On n'oubliera pas en effet qu'un tel examen met à peu près l'observateur à la merci du malade, et qu'il n'a sur sa véracité pour ainsi dire aucun contrôle. Aussi, chez un malade à cerveau d'ailleurs sain, faudra-t-il déjà tendre à supprimer l'erreur, où parfois il induit, par indifférence, ou fatigue, ou caprice, ou même hostilité : c'est pourquoi faut-il s'assurer, par intérêt ou par curiosité, l'attentive et volontaire collaboration du malade, et réduire au minimum, par la brièveté d'examens plus fréquents, la tension d'esprit et la satiété.

Il faudra s'être aussi garé contre un zèle intempestif. Certains sujets en effet, à la vérité les plus rares, se piquent

d'amour-propre, et cherchent à mettre en jeu leurs autres sens, pour suppléer au toucher qui leur manque : ainsi, dès la moindre difficulté qu'ils éprouvent à la main malade, ouvrent-ils brusquement les yeux, ou cherchent-ils, en agitant ou grattant avec l'ongle, à recueillir quelque information par l'oreille, ou vont-ils même à passer l'objet à la main saine, le plus souvent d'ailleurs automatiquement et sans malice. L'éveil et l'attention des sens voisins contrastent alors étrangement avec cette apathie particulière au côté malade où, malgré la palpation conservée, souvent facile et parfois délicate, la main reste à peu près inerte et semble désintéressée d'un objet qu'il lui suffit d'avoir gardé. M. Brissaud avait attiré l'attention déjà sur cette particularité : « ils semblent ne faire aucun effort pour reconnaître les objets. Ils paraissent ignorer ou négliger tous les renseignements que les mouvements pourraient leur fournir (1). » M. Pierre Marie en avait proposé une interprétation psycho-physiologique : « La perte d'une fonction par destruction d'un territoire cérébral dont cette fonction dépend semble entraîner avec elle l'ignorance absolue de la possibilité de cette fonction (2). » On peut se demander plus simplement si la constatation, cent fois répétée, d'une agnosie tactile ancrée dans l'esprit, n'a pas conseillé pour longtemps au sujet l'inexécution d'un effort qu'il sait vain — d'autant plus qu'il a vraiment, malgré l'apparente intégrité des mouvements aux cas les plus heureux, un effort léger, mais positif, à faire, à sa main malade, avant d'arriver à palper les objets. Il en peut du reste être ainsi d'un sujet d'ailleurs sain, à qui l'expérience aurait appris sa personnelle incapacité d'élever vingt-cinq ou cinquante kilos à bras tendu : il n'aurait, spontanément, ni malgré l'invitation faite, aucune tendance à s'y risquer, et s'il arrivait, sur une instance plus pressante, à tenter l'aventure, il aurait rapide-

(1) E. BRISSAUD, *Rev. neur.*, 1899, p. 894.

(2) P. MARIE, *Rev. neur.*, 1899, p. 894. ^{ad}

ment fait d'arrêter les frais d'un simulacre, ébauché par simple complaisance et sans aucune conviction. En plus on voudra bien noter qu'on observe la même indifférence et la même apathie dans les agnosies par névrite, ou radiculite, ou lésion bulbaire, et qu'il est impossible qu'on la rapporte alors à la destruction d'un territoire cérébral.

Quoi qu'il en soit, il faut veiller à ce qu'aucun autre sens n'arrive à suppléer la fonction tactile explorée. Il va sans dire, évidemment, qu'on surveillera l'occlusion des yeux, ou mieux qu'on les aura soigneusement bandés avant toute exploration. On aura soin d'exclure aussi des test-objets ceux qui, grattés par l'ongle ou plus ou moins agités, tels qu'une boîte d'allumettes ou qu'un trousseau de clefs, apportent à l'identification quelque élément auditif. Il faudra s'opposer enfin au transfert immédiat à la main saine d'objets que le malade n'essaie même aucunement d'identifier à sa main malade.

Au reste, on pourra laisser parfois systématiquement apparaître ces fautes, en particulier le transfert à la main saine — à pratiquer toujours, à titre méthodique, après palpation suffisante à l'autre main. On élimine ainsi l'agnosie d'origine intellectuelle : la vitesse et la sûreté d'identification qu'on observe en pareil cas sont les meilleurs garants de l'intégrité des fonctions cérébrales. On voit qu'on aura rassemblé le maximum de conditions heureuses quand on aura sous la main, non des agnosies généralisées, mais unilatérales, au reste de beaucoup les plus fréquentes à rencontrer.

Le plus simple apparaît d'expliquer au malade, avant tout examen, qu'on attend, au seul côté qu'on explore et non pas à l'autre, une reconnaissance exclusivement tactile, et non pas une identification pour l'identification. On pourra le mettre en garde, à titre préventif, contre les fautes involontaires ; on n'en conclura pas d'ailleurs qu'on soit dispensé d'y veiller, car l'automatisme est si puissant qu'il arrive encore, en pareille occurrence, à les déterminer. On a ren-

contré toutefois plusieurs débiles, aux observations desquels il a fallu renoncer — faute d'arriver à s'en faire exactement comprendre, malgré toute leur bonne volonté.

Il reste à signaler la dernière précaution : on aura soin d'employer aux explorations les objets les plus communs, et partant les mieux connus — ainsi, sans chercher plus loin, ceux qu'on porte sur soi — canif, montre, clefs, monnaies, portefeuille, etc. ; on n'oubliera pas qu'on peut les repasser à volonté, sans qu'un agnosique arrive à les reconnaître. Bien qu'en fait, au moins chez un agnosique unilatéral, le contrôle exercé par l'autre main suffise, incidemment on pourra s'assurer, par l'oreille ou par l'œil, s'il en connaît la véritable signification. Il faut pourtant savoir qu'il est mauvais d'exposer aux yeux du malade, immédiatement avant l'examen, les objets qui vont y servir : il emmagasine ainsi dans sa mémoire un nombre limité d'images visuelles, et, dans un pareil champ limité d'hypothèses, il cherche à deviner plutôt qu'à percevoir. Ce n'est pas d'ailleurs qu'il arrive à des résultats plus exacts, au contraire, il prend souvent alors un canif pour une montre, ou même un livre pour une clef ; mais c'est qu'il n'apporte plus sur les qualités élémentaires des choses les renseignements qu'il est cependant capable d'apporter.

Au premier abord il apparaîtra superflu d'insister, comme on l'a fait, sur les règles qui précèdent. C'est qu'on pourra, à parcourir l'ensemble des observations rapportées, qu'elles soulignent des fautes assez fréquemment commises contre lesquelles il a paru bon de mettre en garde ici.

CHAPITRE IV

L'AGNOSIE TACTILE. — SA NATURE

Il reste à considérer l'agnosie tactile vraie, agnosie tactile acquise, spécialisée, souvent même unilatérale. C'est au trouble particulier de la reconnaissance exclusivement tactile, ainsi compris et limité, qu'on a consacré les seuls cas rapportés.

Si, dans un ensemble aussi disparate, on veut établir un premier classement, uniquement fondé sur les troubles périphériques observés, soit à la main, soit aux deux mains agnosiques, on s'aperçoit aussitôt qu'on peut les répartir en trois séries schématiques :

1° Agnosie tactile à déficit moteur important, avec ou sans contracture.

2° Agnosie tactile à déficit sensitif important, sans déficit moteur apparent ou tout au moins estimable.

3° Agnosie tactile à déficit sensitif apparemment superficiel ou même inaperçu, sans déficit moteur apparent ou tout au moins estimable.

Il va sans dire évidemment qu'il n'y saurait avoir là qu'une classification commode, et qu'en fait il existe, entre ces groupements artificiels, tous les termes de passage, propres à rétablir l'habituelle continuité des faits.

§ 1. — Agnosie tactile à déficit moteur important.

On s'aperçoit vite, à dépouiller les observations qui ressortissent à ce premier groupe, qu'il n'en est aucune où manque aux altérations motrices l'association d'altérations sensitives, variables en étendue comme en intensité, mais à présence

inévitables et constants. On sait toutefois qu'il est plus fréquent en clinique d'observer l'hémiplégie motrice organique réduite aux seuls troubles moteurs, qu'une hémiplégie motrice avec anesthésie surajoutée. S'il n'est aucune hémiplégie motrice pure aux hémiplégies rapportées avec agnosie tactile unilatérale, on peut au moins en inférer déjà qu'on n'aura pas à rapporter au déficit moteur le rôle essentiel d'un facteur souvent primordial et toujours indispensable.

En effet la main reconnaît un objet à ses propriétés physiques : dimensions, forme, poids, consistance et température. Au début, quand l'enfant acquiert son éducation tactile, automatiquement il cherche à colliger sur chaque objet qu'il tient en main, par des mouvements qui multiplient les contacts, le maximum de sensations superficielles et profondes, qu'il puisse associer à titre représentatif. Aussi, comme on l'a vu, les enfants frappés d'hémiplégie cérébrale au premier âge n'arrivent-ils pas à rassembler, sur les qualités élémentaires, un bagage de sensations qui suffise à conditionner l'identification tactile ultérieure. Mais, l'éducation faite, une ou plusieurs sensations, à condition qu'elles soient assez caractéristiques, suffisent à réveiller d'autres sensations antérieurement acquises, auxquelles elles s'associent pour constituer une représentation d'ensemble assez complète des qualités tactiles de l'objet.

Suivant l'objet à reconnaître, on conçoit dès lors qu'il soit indispensable, utile, ou presque indifférent à l'identification tactile qu'on fasse intervenir la motilité des mains, impossible, imparfaite ou parfaite, active ou passive.

Au reste les expériences de Mlle Markova (1) sur des sujets à main par ailleurs saine constituent la meilleure illustration qu'on y puisse apporter.

Certains objets dont la base, ou quelque important détail, associés aux dimensions, au poids, et parfois à la tempéra-

(1) K. MARKOVA, thèse de Genève, 1900, p. 49.

ture, arrivent à constituer un ensemble suffisamment caractéristique, sont reconnus à plat sur la main large ouverte ; d'autres doivent être déplacés par l'observateur à la surface immobile de la main ; d'autres nécessitent l'apparition de mouvements passifs imprimés aux doigts sur l'objet par l'observateur ; les derniers enfin nécessitent l'intervention des mouvements actifs. C'est au dernier procédé seul, au reste habituel en pratique, qu'il faudrait réserver le nom de toucher actif, proposé par Dana qui l'a fait accepter en Amérique, en France adopté par Verger.

Mais, pour un même objet, reconnu déjà sur la main large ouverte, il va sans dire toutefois qu'on obtient une identification d'autant plus détaillée, plus rapide, et plus sûre, qu'on laisse au sujet la libre disposition d'un procédé d'investigation plus parfait.

Ces résultats concordent exactement d'ailleurs avec les résultats qu'on observe en clinique. Chez un malade atteint d'hémiplégie motrice avec intégrité de la voie sensitive, l'identification tactile est d'autant meilleure et d'autant plus étendue qu'il reste à sa disposition des procédés d'investigation plus précis.

Certains objets, à la vérité caractéristiques, sont identifiés sans aucune assistance étrangère à la main tout à fait paralysée : il a semblé toutefois qu'ils étaient plus facilement reconnus quand une contracture assez légère immobilisait les doigts en demi-flexion — c'est à quoi, d'ailleurs, il fallait s'attendre, si, comme on l'a dit, chaque point de l'espace, aussitôt qu'il devient accessible au toucher, est nécessairement localisé en même temps qu'il est perçu : l'attitude en flexion multiplie les contacts, et partant les éléments d'où tirer les dimensions et la forme évocatrices.

Si l'observateur intervient, et qu'il promène en surface à la main malade, immuablement raidie par la contracture en flexion, l'objet à reconnaître, le champ d'identification s'étend déjà beaucoup. C'est à ces cas toutefois qu'on trouve appli-

quée dans les observations la formule classique : « Le sens stéréognostique n'a pu être examiné à cause de la contracture. » On comprend, en effet, qu'on ait fréquemment fait céder une inutile curiosité aux ennuis d'un examen souvent difficile, et parfois, quand la contracture exagérée s'oppose à tout écart entre les doigts et la paume, absolument impossible. A pratiquer systématiquement l'examen stéréognostique à chaque fois qu'il sera possible, on pourra toutefois s'étonner du nombre d'identifications exactes qu'on arrive à rassembler ainsi.

Si l'observateur intervient encore, et qu'il promène à la surface de l'objet les doigts paralysés, mais aisément mobilisables, il n'est presque aucun objet, au moins habituel, qui puisse échapper à l'identification. C'est d'ailleurs au dit procédé, combiné plus ou moins au précédent, qu'ont recouru tous les auteurs, dont les observations, rapportées, comportent un déficit moteur le plus souvent sans contracture, ou même avec une assez légère contracture pour qu'elle ait demeuré partiellement au moins mobilisable. Si, comme on l'a vu, toute altération sensitive à part, cette espèce de palpation passive suffit largement à l'identification tactile, on doit l'estimer d'emploi tout à fait légitime et recommandable à l'exploration des agnosies.

Il arrive enfin qu'un malade agnosique ait pratiquement sa motilité conservée : on conçoit qu'il faille avant tout s'attacher aux cas où l'intégrité, ou tout au moins la liberté de la palpation active restreint ainsi singulièrement le champ des interprétations pathogéniques. La plupart des observations rapportées ressortissent à ce type heureux ; on s'est personnellement efforcé d'en trouver où l'absence, ou tout au moins l'insignifiance, à la main, des troubles moteurs, laissent au premier plan la cause essentielle des agnosies tactiles.

Il suit en effet des considérations qui précèdent qu'on ne saurait attribuer le rôle indispensable, ou souvent même un rôle important, aux troubles de la motilité dans la constitu-

tion d'une agnosie tactile, à part évidemment les cas de contracture invincible en flexion. On peut s'en rapporter soit à l'observation de Bourdicaud-Dumay (1), soit à l'observation d'Egger (2), à titre exemplaire et convaincant.

Il n'en reste pas moins qu'il puisse être effectif, en particulier quand il s'ajoute au rôle important des troubles de la sensibilité : il suffit amplement qu'on s'en rapporte à l'observation de Hoffmann (3), aux quatre observations de Bourdicaud-Dumay (4), aux observations de Verger (5), sans qu'on ait à chercher plus large référence.

On conçoit en effet qu'un malade, avec une altération d'ailleurs à peine esquissée des sensibilités superficielles, peut-être insuffisante à déterminer l'agnosie, devienne à coup sûr agnosique au cas où des troubles de la motilité surajoutent à l'action des premiers leur action particulière. En raison des troubles sensitifs il faudrait au contraire à l'identification tactile une attentive et minutieuse palpation, impossible au cas présent, qui suppléât par leur multiplicité à l'affaiblissement individuel des contacts.

Au reste, c'est encore, et peut-être surtout aux faux jugements qu'elle entraîne après soi sur les composants du sens musculaire ou profond qu'il faut aussi rapporter la participation du déficit moteur à la constitution des agnosies tactiles.

Aux cas où la contracture, imparfaite ou parfaite, immobilise en effet les doigts paralysés, non seulement elle enlève au sujet la faculté d'arriver seul à colliger les détails successifs et caractéristiques, mais encore elle aboutit, tout au moins à vicier, ou même à supprimer la perception des sen-

(1) H. BOURDICAUD-DUMAY, thèse de Paris, 1897, p. 58, obs. XIV.

(2) M. EGGER, *Rev. neur.*, 1907, p. 422.

(3) H. HOFFMANN, Inaug.-dissert. Strasbourg, 1883, obs. IX.

(4) H. BOURDICAUD-DUMAY, thèse de Paris, 1897, p. 57 et 58, obs. X, XI, XII, XIII.

(5) H. VERGER, *Arch. gén. de méd.*, 1900, 2^e sem., p.

sations simples (osseuses, articulo-musculaires, etc.) dont l'association complexe aboutit au fameux sentiment du muscle en action, sens musculaire, ou jugement sur la contraction musculaire, en soi-même et dans ses effets : amplitude et direction. Or, c'est précisément du sens musculaire ainsi compris qu'un sujet tire, au moins pour une part, ses notions d'espace dans l'espace à trois dimensions, qui contribuent largement à sa perception des formes — et, pour la totalité, ses notions de consistance.

Aux cas où leur flaccidité laisse imprimer aux doigts paralysés une sorte de palpation passive, la suppléance est quand même illusoire ; on récupère ainsi la succession d'éléments colligibles par les sensibilités superficielles, mais non, dans son intégrité, la perception des mouvements, puisqu'il y manque au moins la notion du degré de contraction musculaire indispensable à leur exécution spontanée par activité volontaire.

C'est d'ailleurs à ces conclusions qu'arrive Hoffmann (1), en son mémoire après sa critique avertie des seize observations rapportées :

1° Les mouvements actifs facilitent la reconnaissance des formes lorsqu'il existe une anesthésie partielle de la main.

2° Le défaut de mouvement affaiblit (mais n'abolit pas) la perception stéréognostique.

Et Redlich (2), ultérieurement, s'est rallié au même avis : il accorde en outre aux sensations musculaires au cours du toucher actif, un rôle essentiellement prépondérant dans l'identification tactile.

§ 2. — Agnosie tactile à déficit sensitif important.

A considérer les observations qui ressortissent à ce deuxième groupe, on s'aperçoit qu'elles sont avant tout jus-

(1) H. HOFFMANN, Inaug. dissert. Strasbourg, 1883.

(2) E. REDLICH, *Wien. klin. Wochens.*, 1893, juin-juillet.

tifiables d'une exclusive et commune interprétation : l'agnosie par insuffisance ou par altération d'informations tactiles brutes, mal récoltées à la périphérie par un système nerveux à fonctionnement irrégulier. Aussi c'est à la constatation, précise et méthodique, d'altérations sensitives à la main frappée d'agnosie, qu'il faut demander l'objectivation des troubles subjectifs élémentaires qui s'opposent à l'identification tactile.

Les troubles sensitifs, en effet, au cours des agnosies tactiles, constituent le phénomène essentiel et constant. Cependant, à les considérer du point de vue symptomatique, ils n'attirent guère l'attention sur eux. Dans l'ensemble pathologique, ils sont tantôt masqués par un syndrome ataxique ou paralytique autrement voyant, plus apte en apparence à déterminer l'agnosie ; tantôt ils restent insoupçonnés, dans leur unilatéralité, chez un malade affaibli ; assez souvent enfin, légers, mais étendus à plusieurs modalités sensitives, ils restent assez discrets, chacun sur son terrain, pour qu'à l'examen superficiel ils aient pu fréquemment passer inaperçus — mais, à multiplier leurs effets par l'association d'erreurs simultanées, au cours d'une identification tactile, ils s'extériorisent spontanément par l'apparition d'une agnosie tactile.

A savoir qu'ils arrivent à disparaître ainsi sous l'agnosie, dont ils constituent cependant le substratum indispensable, on conçoit qu'on ait pu n'en faire aucun état dans tant d'observations, autrefois rapportées à l'agnosie tactile en quelque sorte essentielle, et sans conditions périphériques (paralyse du toucher ou *Tastlähmung* de Wernicke). A mieux examiner la sensibilité, plus largement dans tous ses modes, et plus attentivement dans chacun d'eux, on s'aperçoit aujourd'hui, d'un aveu presque unanime, qu'il en faut rapporter la plupart (qu'on peut trouver au chapitre deuxième) aux simples troubles sensitifs — essentiels à les considérer du point de vue pathogénique.

Il n'en reste pas moins quelques observations, assez rares à la vérité, sur l'interprétation desquelles les avis n'ont pu s'accorder. On voudra bien les émanciper, passagèrement au moins, des considérations qui vont suivre : on y reviendra d'ailleurs au chapitre suivant.

On entrevoit déjà qu'à tenter un départ entre les agnosies, il faut s'en référer aux troubles sensitifs. C'est dire avec quel soin il faut alors procéder à l'examen des sensibilités.

Il n'entre évidemment pas dans l'esprit d'un travail aussi particulier d'en faire ici l'exposé méthodologique. On peut s'en rapporter aux ouvrages spéciaux, tout particulièrement à la Séméiologie de M. le professeur Dejerine.

A citer simplement les explorations nécessaires, il faut examiner successivement : la sensibilité tactile, avec ses dérivés : discrimination tactile (*Ortsinn* ou perception des deux pointes), localisation, sens du lieu de la peau ou perception cutanée spatiale (*Raumsinn* ou perception de l'écart des deux pointes) — la sensibilité douloureuse avec sa localisation — la sensibilité thermique avec sa localisation — la sensibilité à la pression (aux poids sur la main large ouverte, à la balance, au baresthésiomètre d'Eulenburg) — les diverses formes du fameux sens musculaire, au moins dans ses expressions composées, seules accessibles à l'exploration : orientation au repos (à l'interrogatoire et par la recherche avec l'autre main) ; mouvements passifs, dans leur notion, leur direction, leur étendue, et leur localisation digitale (à l'interrogation et par la reproduction consécutive, à l'une et à l'autre main, d'une attitude imprimée successivement à chaque main) ; orientation active — enfin sensibilité osseuse du diapason.

Il faut insister ici sur la nécessité d'un examen fragmentaire et répété : la fatigue intervenue fausse en effet les résultats. On doit savoir aussi l'erreur fréquente : on peut signaler au moins les *Vexierfehler* (1) pour la discrimination

(1) On appelle ainsi la perception des deux contacts alors qu'il n'en existe

tactile — et pour les mouvements passifs, aux doigts l'intervention de la résistance musculaire ou des mouvements actifs, l'interfrôlement des doigts entre eux, et le frôlement des doigts explorés par les doigts explorateurs : on sait, en résumé, combien les examens des troubles sensitifs, naturellement pour ainsi dire et par la force des choses, sont fréquemment défectueux en clinique, sinon dans la multiplicité des modes qu'on explore, au moins dans la qualité propre à chaque examen particulier. On comprendra d'ailleurs, à lire une observation prise *au laboratoire*, la multiplicité d'erreurs à laquelle on s'expose : il faut citer du reste ici les réflexions qu'ont inspiré à MM. Bourdon et Dide (1), leurs examens successifs :

« Un examen rapide de l'état de la sensibilité du côté gauche chez L... n'aurait probablement révélé que les trois faits suivants : troubles du sens de la température, diminution de l'acuité tactile, troubles de la perception stéréognostique. Peut-être même, si l'examen eût été très superficiel, eût-on considéré L... comme ne présentant que des troubles de la perception stéréognostique. On verra qu'au contraire un examen approfondi du malade a prouvé qu'à peu près toutes les sensibilités, superficielles ou profondes, intéressées dans la perception des corps par le toucher, sont chez lui plus ou moins atteintes. »

MM. Rose et Egger écrivent aussi d'ailleurs, à propos d'un agnosique : « A un premier examen superficiel, il nous avait d'abord semblé que la sensibilité était intacte. Or, un examen plus approfondi nous a montré que toutes les variétés sensitives étaient atteintes, quoique à un degré minime... (2) »

Il faut s'être aussi garé, par méfiance avertie, d'une in-qu'un. C'est vraisemblablement un phénomène développé par l'attente du contact double et multiplié par l'attention.

(1) BOURDON et DIDE, *Ann. psych.*, 1905, XII, p. 40.

(2) ROSE et EGGER, *Sem. méd.*, 1908, p. 521.

tervention psychique, toujours possible et souvent vraisemblable, au cours d'examens où la suggestion médicale a nécessairement beau jeu pour s'exercer.

On n'oubliera pas, enfin, la courte étendue des acquisitions scientifiques. La sensibilité, particulièrement, apparaît tout à fait complexe. Il y faut voir un sens, uniquement par simplification verbale : en fait elle réalise une intrication sensorielle extrêmement difficile à bien explorer. La connaissance intégrale, aujourd'hui, des sensibilités dans tous leurs modes, superficiels ou profonds, n'est d'ailleurs aucunement certaine : il suffit, pour conserver là-dessus quelque modestie, qu'on songe aux observations d'agnosie tactile, autrefois délibérément rapportées à l'agnosie d'association, du fait évident d'une intégrité proclamée des sensibilités superficielles — mais où ni la discrimination tactile, ni la localisation, ni la perception cutanée spatiale, ni l'état des sensibilités profondes, n'avaient été soigneusement examinées.

Il faut lire, aux observations rapportées, un grand nombre d'exemples, qui servent, en quelque sorte, d'illustration typique aux considérations qui précèdent. On peut considérer qu'ils représentent à peu près, sur la voie sensitive, à tous ses étages, toutes les causes susceptibles d'altérer l'expression périphérique, à la main, des sensibilités superficielle ou profonde. Les uns s'accompagnent d'altérations motrices ; d'autres, rares à la vérité, d'un léger affaiblissement intellectuel ; la plupart enfin laissent au premier plan leurs altérations sensitives — il en est parmi ceux-ci qui ne laissent aucun doute, à l'examen le plus grossier, d'autres, après un examen superficiel eussent autrefois été rangés dans les agnosies d'origine associative. On s'est particulièrement efforcé d'apporter, comme observations personnelles, des cas où l'agnosie tactile apparut au premier rang, autant que possible indépendante d'altération motrice ou d'altérations intellectuelles, et, parmi ceux-ci, des cas où l'agnosie fût si prépondérante qu'elle eût spontanément inquiété le malade,

et passé pour sa maladie véritable à ses yeux : on verra qu'on eût pu quand même annoncer à coup sûr l'infrastructure hyposensitive ou parasensitive. Dans tous ces cas, en effet, c'est l'altération sensitive qui constitue le déficit commun, tantôt à peu près pur, tantôt, comme on l'a pu voir, éventuellement associé soit à l'altération motrice, soit à l'affaiblissement intellectuel, qui surajoutent leur action secondaire à son action parfois moins intense — mais, en définitive, c'est toujours et partout l'altération sensitive qui conditionne essentiellement et primitivement l'agnosie tactile.

A bien examiner les observations rapportées, on constatera même, entre les troubles de la sensibilité et l'agnosie tactile, une certaine homologie : c'est ainsi qu'on les voit tendre à se superposer dans l'espace, à topographie radiculaire si l'altération sensitive est radiculaire, extensive si l'altération devient plus confuse, et régressive, si l'altération revient au type radiculaire primitif — c'est ainsi qu'on les voit tendre encore à se superposer dans le temps, l'agnosie tactile unilatérale apparaissant par exemple après une hémiparésie motrice avec hémianesthésie, persistant avec l'anesthésie, décroissant avec elle, et disparaissant avec elle — c'est ainsi qu'on les voit tendre enfin à se superposer dans l'intensité, la conservation des perceptions élémentaires, ou des jugements tactiles simples sur le volume ou le poids, ou des jugements tactiles plus compliqués sur la forme, ou même des jugements significatifs, restant plus ou moins proportionnelle, à parler très approximativement, à l'extension des troubles sensitifs observés.

Il faut toutefois éviter toute homologie trop étroite et particulièrement la dernière : l'intensité d'une agnosie tactile en effet, toute altération motrice et tout affaiblissement intellectuel éliminés, ressort plus à l'extension des altérations sensitives aux divers modes de la sensibilité, mais particu-

lièrement à quelques-uns, comme aux combinaisons des altérations entre elles, qu'à leur attaque isolée d'un seul mode en profondeur.

A cette occasion, dans la riche intrication des sensibilités particulières, on peut se demander à quel mode, ou mieux à quelle association revient un rôle essentiel ou tout au moins important dans l'identification tactile. On voit la complexité d'un semblable problème : c'est toute l'interprétation théorique de la perception.

Il faut immédiatement scinder le problème en deux.

On peut considérer d'abord l'identification stéréognostique. On sait qu'elle constitue le premier relai d'une identification tactile objective. Au sens étroit, elle implique exclusivement la reconnaissance formelle, et c'est bien ainsi qu'Hoffmann, à qui nous devons le mot, primitivement au moins semblait l'avoir entendu : « Les expériences qui sont instituées dans le but de fixer la façon suivant laquelle l'homme est en état de reconnaître les corps par le toucher peuvent être désignées tout court par stéréognostiques (du grec το στερεον, le corps, neutre de στερεος, solide, ferme, dur). Hoffmann employait en effet dans ses explorations divers solides à forme géométrique. Plus tard l'élasticité du mot allemand « Koerper » par lequel il avait traduit le mot grec « στερεον » fit glisser à la confusion du solide avec l'objet, jusqu'au jour où Claparède, et Mlle Markova ramenèrent à la distinction d'une identification stéréognostique et d'une identification symbolique ou significative.

A considérer l'identification stéréognostique au sens étroit qu'elle a d'abord présenté, c'est tantôt à l'analyse logique, tantôt à la clinique, et tantôt à l'expérimentation qu'on a demandé la solution du problème :

1° A l'analyse logique. En effet, la forme d'un objet n'est que la distribution de tous ses points dans l'espace : or, si nous percevons deux dimensions par la perception cutanée spatiale, et la troisième par le sens musculaire, on conçoit

qu'on attribue la principale importance à ces deux modalités dans la perception stéréognostique (Claparède), et qu'on l'ait traduite heureusement en « perception tactile de l'espace (Dejerine). »

2° A la clinique. Mais la clinique réalise exceptionnellement les dissociations suffisantes, abstraction faite d'altération motrice ou d'affaiblissement cérébral. Elle a conduit d'ailleurs à la divergence interprétative, ainsi qu'on pourra s'en rendre compte à consulter l'exposé qui suit.

Après 16 examens, la plupart sur des hémiplegiques avec anesthésie, Hoffmann conclut que la discrimination tactile et la sensibilité spatiale d'une part, la perception des mouvements et la sensibilité à la pression d'une autre, constituent les éléments primordiaux de la reconnaissance tactile.

Mlle Markova admet qu'il faut rapporter surtout au sens musculaire la notion de forme : la sensibilité cutanée permet la reconnaissance en précisant cette notion — elle n'admet pas la proportionnalité de la stéréognosie et du sens de Weber (discrimination tactile et perception cutanée spatiale).

Bonhoeffer, au contraire, admet avec Hoffmann que la sensibilité à la pression et le sens de Weber sont les éléments primordiaux de la reconnaissance tactile ; le sens musculaire est moins important — mais il faut accorder aussi sa valeur à la localisation tactile, dont l'atteinte est, selon lui, proportionnelle à l'astériognosie.

C'est aussi l'opinion soutenue par Watton et Paul.

Mais Redlich d'une part, Sailer d'une autre, et Müller avec eux insistent sur l'importance du sens des attitudes.

M. Dejerine, enfin, professe un avis éclectique auquel se rattachent, avec quelques variantes, Dercum et Schittenhelm. D'une part, il insiste sur l'importance du sens de Weber et particulièrement sur la discrimination tactile — d'une autre, il montre aussi qu'un trouble du sens musculaire et du sens des attitudes peut suffire à lui seul à créer l'agnosie.

On n'oubliera pas, d'ailleurs, à considérer l'agnosie ; quelles variations l'agnosique a pu présenter dans son éducation tactile, et qu'avant l'agnosie c'est à des particularités très diverses et par des sensibilités très différentes, suivant l'identification, qu'un identique objet peut être identifié. On sait aussi, l'agnosie faite, avec quelle aisance on voit certains sujets, mais avec quelle incapacité d'autres, suppléer par tout ce qui leur reste aux modes sensitifs abolis.

3° A l'interprétation. C'est alors qu'on a tenté la dissociation plus parfaite, Bourdicaud-Dumay par l'anesthésie cutanée, tantôt consécutive au bain réfrigérant, tantôt à la pulvérisation de chlorure de méthyle — Mlle Markova, pour l'anesthésie cutanée, tantôt par l'emploi d'un gant isolateur, tantôt par l'usage systématique du dé très épais en carton ; pour les sensibilités profondes, par les explorations rapportées au chapitre III, l'objet posé sur la main large ouverte, ou promené sur elle, ou passivement palpé. Il est intéressant de remarquer qu'elle a dû fréquemment s'adresser à des formes bizarres, pour éviter qu'il fût reconnu dans sa signification, avant d'avoir été reconnu dans sa forme.

Mais la représentation stéréognostique s'associe nécessairement aux représentations antérieures pour constituer la représentation significative et symbolique de l'objet. Or, c'est fréquemment par d'infimes et personnels détails, sans passer par la représentation formelle, qu'en pratique on identifie l'objet — ce qui prouve, en passant, ainsi qu'a dit Chrétien : « que ce sont les associations d'idées les plus utiles au point de vue pratique qui s'effectuent le plus rapidement ; en effet, la connaissance de la forme exacte d'un objet nous est en général peu utile par elle-même (1). » On conçoit dès lors, suivant la qualité du détail apprécié, qu'un sens apparemment assez inutile à l'identification, ou tout au moins secondaire, pourra passagèrement prendre une importance ca-

(1) R. CHRÉTIEN, thèse de Paris, 1902, p. 18.

pitale, ainsi la sensibilité thermique pour reconnaître un morceau de glace, ou la sensibilité douloureuse pour reconnaître une alène ou tout autre objet essentiellement piquant, ou la notion complexe de résistance pour reconnaître une éponge ou bien quelque autre objet à mollesse élastique.

Quoi qu'il en soit, on voit que la perception stéréognostique, ou notion formelle, à laquelle on joint implicitement d'ailleurs aujourd'hui l'ensemble des notions tactiles simples, comme la température, ou complexes, comme le volume ou le poids, qu'un objet peut fournir, n'est pas, ainsi qu'on avait dit par erreur terminologique, un sens à fonction simple, mais bien une perception ; qu'elle représente un complexus associatif des éléments fournis par les sensibilités superficielle et profonde, et qu'il faut rapporter à l'altération des composants, fonction des troubles sensitifs périphériques, les troubles de l'identification tactile. On n'en saurait dire ici davantage : on pourra consulter sur un sujet qui dépasse un peu l'agnosie, l'excellent exposé qu'en a fait Chrétien René dans sa thèse, au chapitre II (1).

§ 3. — Agnosie tactile à déficit sensitif inaperçu.

Il reste à considérer les cas où l'agnosie tactile, apparemment primitive, a pu sembler indépendante à certains d'altération sensitive. Il apparaît difficile, ou tout au moins sans utilité, qu'on reprenne à chaque observation l'interprétation qu'en a proposée l'auteur, et la discussion qu'elle implique. Il est, sans conteste, autrement clair et commode ici d'apporter l'exposé synthétique, où trouver, aisément saisissable d'ensemble, à quelle étape en est aujourd'hui la discussion d'un sujet aussi controversé.

On peut examiner d'abord à quel trouble — à part une altération sensitive à la périphérie — certains observateurs

(1) R. CHRÉTIEN, thèse de Paris, 1902, p. 19.

ont pu rapporter l'agnosie tactile isolée ; ensuite à quelles conditions doit satisfaire une observation pour ressortir à l'une ou l'autre interprétation pathogénique ; à quel mécanisme enfin rattacher les observations rapportées.

Il faudra toutefois discuter un par un les cas sur lesquels auront particulièrement insisté leurs auteurs pour en apporter une interprétation différente, et ceux qui pourront avoir aussi semblé particulièrement sujets à controverse.

*
* *

I

L'altération sensitive éliminée, c'est non seulement dans un trouble spécialisé du cerveau, mais en plus unilatéral, qu'il a fallu chercher la raison d'une agnosie, non seulement aussi fréquemment spécialisée, mais encore aussi fréquemment unilatérale elle-même.

Au schéma d'identification tactile, exposé longuement au chapitre premier, on a superposé dès lors un schéma d'agnosie. A l'identification primaire de Wernicke, unisensorielle, assimilation de Herbart, *Sinnliches Wiedererkennen* de Muller, ou perception simple, a correspondu l'agnosie primaire — et l'agnosie secondaire à l'identification secondaire de Wernicke, plurisensorielle ou intellectuelle, complication de Herbart, *Begriffliches Erfassen* de Muller, ou perception complexe ou compliquée,

Dès lors l'agnosie primaire est apparue comme une incapacité d'évoquer les souvenirs tactiles, identiques aux perceptions présentes, et, partant, leur cortège d'autres souvenirs tactiles, presque indissolublement liés aux premiers par l'expérience antérieure, mais dont l'équivalent sensitif, au cours d'une identification tactile, n'est qu'incomplètement ou même aucunement perçu. Elle aurait pour effet l'incapacité d'associer en notions tactiles de forme, de dimensions, de

consistance, ou de poids, les sensations tactiles fournies normalement, ou tout au moins suffisamment au cortex, en nombre comme en qualité. Aussi pourrait-on lui réserver au sens propre du mot le terme astéréognosie : on voudra bien remarquer qu'il peut aussi ressortir au sens large ou symptomatique à l'insuffisant apport des sensations primitives, mais qu'il faut l'entendre ici au sens uniquement pathogénique, et qu'il implique ainsi l'exclusive capacité d'arriver à juger la forme d'un objet, compatible avec la possibilité d'en percevoir toutes les qualités élémentaires, ou, pour autrement parler, toutes les sensations simples, brutes, ou indissociables, qu'il est susceptible de fournir à l'examen tactile. On n'y saurait voir toutefois qu'une expression commode, applicable au jugement le plus fréquent et le plus utile à porter sur un objet, mais il faut, implicitement au moins, y faire entrer l'altération des autres jugements tactiles, sur le volume, ou la consistance, ou le poids.

L'agnosie secondaire est apparue comme une incapacité d'évoquer les autres souvenirs sensoriels (auditifs, olfactifs ou sapides, mais tout particulièrement visuels), différents des perceptions présentes, mais presque indissolublement liés par l'expérience antérieure à l'ensemble des souvenirs tactiles antérieurement évoqués. Elle aurait pour effet l'incapacité d'arriver à la notion significative et symbolique d'objets, parfaitement identifiés dans leurs propriétés physiques, mais non dans leur signification, ni, partant, dans leur nom. Aussi doit-on lui réserver au sens propre du mot le terme asymbolie, créé par Finkelnburg ; on voudra bien remarquer qu'il peut aussi ressortir, au sens large et symptomatique, à l'apport insuffisant des souvenirs et des jugements tactiles, mais qu'il faut l'entendre ici au sens uniquement pathogénique, et qu'il implique ainsi l'exclusive incapacité d'associer, aux souvenirs d'autres représentations sensorielles, les représentations tactiles, par définition normalement recueillies, normalement transmises et normalement élaborées.

Ainsi s'est faite insensiblement la transposition d'un schéma psychologique, utile à la vérité, en schéma pathologique. Or, en passant du terrain psychologique au terrain pathologique, on tend invinciblement à transporter dans le domaine objectif et concret une interprétation dont la vraisemblance, en partie subjective, implique aux conditions où la psychologie fait ses démonstrations, la preuve unique et suffisante ou, pour aller jusqu'à l'extrême, on aboutit à traduire en langage anatomique. à quoi tend la pathologie, le langage exclusivement hypothétique et satisfaisant à quoi tend la psychologie. Au cas présent tout au moins, c'est ainsi qu'on arrive en premier à la distinction des agnosies en types cliniques individuellement réels et par définition même objectivement tangibles et secondairement à la conception anatomique des centres corticaux et des voies d'association, sur le fonctionnement et les altérations desquels élever une interprétation physiologico-pathologique.

On peut alors supposer qu'il existe un centre spécial où sont emmagasinés les renseignements tactiles, ou, pour aller plus loin, leur association synthétique en images musculo-tactiles distinctes, correspondant chacune à chaque objet, dont l'expérience antérieure a parfait la connaissance. On a d'ailleurs admis, tantôt la superposition du centre mémorial au centre perceptif, et tantôt leur localisation différente.

A supposer un centre ainsi distinct, on conçoit qu'il faille admettre aussi ses relations avec d'autres centres spécialisés — tout au moins la voie d'association centripète, qui l'unisse au centre des perceptions tactiles, et les voies d'association centrifuges qui l'unissent aux autres centres sensoriels, où sont emmagasinées les images progressivement acquises au cours du travail sensoriel.

On s'explique ainsi qu'on ait pu considérer l'astéréognosie, au sens étroit du mot, soit comme une interruption sur la voie d'association qui transmet les perceptions tactiles

au centre évocateur des images musculo-tactiles, soit comme une amnésie spécialisée de reproduction ou de conservation, consécutive au mauvais fonctionnement ou même à la destruction du centre ainsi considéré. On s'explique aussi qu'on ait pu considérer l'asymbolie tactile, au sens étroit du mot, soit comme une interruption sur les voies d'association qui transmettent les images musculo-tactiles aux autres centres sensoriels, soit comme une amnésie spécialisée de reproduction ou de conservation, consécutive au mauvais fonctionnement ou même à la destruction du centre d'images sensorielles (visuelles, auditives, olfactives ou saphères) dont l'évocation prend la première importance, en raison du caractère spécial à l'objet considéré. On conçoit qu'au tout dernier cas, à quelque interprétation qu'on ait rattaché l'agnosie tactile, elle aboutisse, en s'associant à d'autres agnosies, tout particulièrement à l'agnosie visuelle, à l'ancienne apraxie.

On sait en effet la tendance invincible à traduire en images visuelles toutes les représentations cérébrales ; c'est aussi pourquoi les partisans d'une asymbolie tactile isolée la rapportent au diaschisis entre le centre cortical des représentations tactiles et le centre cortical où sont emmagasinées les représentations visuelles.

Les agnosies tactiles d'origine associative ainsi considérées, on comprend qu'on soit arrivé, par une heureuse assimilation terminologique aux aphasies sensorielles, à considérer l'astéréognosie (Hoffmann) comme une agnosie tactile intracorticale (Claparède) ou de réception (Verger), et l'asymbolie tactile (Finkelnburg) comme une agnosie tactile transcorticale (Claparède) ou de conductibilité (Verger).

Enfin la tendance médicale, et particulièrement la tendance neurologique, à la localisation précise et limitée, la tendance chirurgicale à l'utilisation d'un symptôme apte à guider l'intervention possible, ont conduit à chercher où localiser exactement les centres supposés.

Pour l'agnosie de réception, dite intra-corticale, astéréognosie vraie, Wernicke, Dubbers, Diller, Walton et Paul entr'autres, tendent à localiser l'interassociation des éléments tactiles au tiers moyen des circonvolutions rolandiques, plutôt à la frontale ascendante en cas d'altération motrice, à la pariétale ascendante en cas d'altération sensitive surajoutées à l'agnosie ; Reinhard, Williamson, Mills, et Dercum, plus en arrière, à la région rétrorolandique du lobe pariétal, en particulier au lobule pariétal supérieur ; Chipault, plus en avant, à la région prérolandique du lobe frontal, au moins dans certains cas où la motilité stéréognotique (?) est communément intéressée. Quant à Von Monakow, il estime impossible à localiser étroitement l'astéréognosie, à laquelle il accorde un département cortical autrement étendu : Kramer a toutefois supposé qu'à la diversité des localisations proposées correspondraient peut-être des variations cliniques, à l'appréciation desquelles il faudrait un procédé d'investigation supérieur à ceux dont on dispose aujourd'hui.

Pour l'agnosie de conductibilité, dite transcorticale, asymbolie tactile, le rôle prépondérant des images visuelles dans la reconnaissance entière, au moins chez l'homme, explique assez qu'on ait voulu localiser sa lésion sur le trajet qu'on suppose à la voie d'association opto-tactile, entre l'une et l'autre zone, au niveau du lobe pariétal.

Au reste, un tableau, d'ensemble aussi complet n'a pas évidemment apparu tout à coup : il s'est lentement et progressivement constitué d'interprétations et de comparaisons nouvelles, jusqu'à pouvoir être ainsi schématisé. Puchelt (1) le premier, en 1844, attira l'attention sur un trouble du toucher qu'il estimait disproportionné aux troubles concomitants de la sensibilité périphérique : il en rapportait plusieurs observations où la sensibilité superficielle était à peu près intacte, ou légèrement atteinte à l'examen grossier, sans

(1) PUCHELT, Ueber partielle Empfindungslähmung, *Medizin, Anna'en*, 1844, Bd. X, Heft. IV.

faire aucun état des sensibilités profondes. Hoffmann (1), en 1883, sur 16 hémiplegiques anesthésiques avait aussi cru trouver des cas où l'astéréognosie dépassait l'altération sensitive. Il faut toutefois arriver au mémoire important de Wernicke (2), en 1895, avant qu'un pareil sujet arrive à prendre une importance. Il apportait deux observations de « perte de la faculté de reconnaître les objets par la palpation, bien que les troubles de la sensibilité fassent complètement défaut ou soient trop peu prononcés pour expliquer la chose ». Aussi proposait-il un mot nouveau : paralysie tactile (*Tastlähmung*), qui traduisit une interprétation nouvelle : agnosie par disparition des images mémoratives tactiles, dont l'unilatéralité fréquente aurait son explication dans la représentation droite ou gauche, au cortex, des acquisitions musculo-tactiles, suivant qu'elles auraient été faites avec l'une ou l'autre main. Il tendait même à localiser au tiers moyen des circonvolutions ascendantes, à la pariétale ascendante en particulier, plus atteinte aux cas observés, la représentation stéréognostique.

Ce travail initial ouvrit la porte à d'autres : Williamson, sous le nom de cécité tactile, en Angleterre ; Dana, sous le nom de troubles du toucher actif ; Burr, sous le nom d'anesthésie psychique, et Sailer, aux États-Unis ; Dubbers et Bonhöffer, en Allemagne ; Raymond, Claparède, et Verger sous le nom d'amnésie tactile, en France, s'attachèrent à développer la conception nouvelle — si bien qu'elle arriva progressivement, tantôt par assimilation d'interprétations cliniques, et tantôt par comparaison didactique *a priori*, soit aux aphasies sensorielles, soit aux asymbolies (cécité psychique ou surdité psychique), à constituer le schéma d'ensemble qu'on a pu trouver ci dessus.

(1) H. HOFFMANN, *Deutsches Arch. für klin. Med.*, 1884, XXXV, p. 528 et 1885, XXXVI, p. 130 et 398.

(2) WERNICKE, Zwei Fälle von Rindenläsion, *Arbeit aus der psych. Klin. in Breslau*, 1895, Heft II.

*
* *

II. — Il reste au moins pour certains qu'on n'y peut trouver rien d'autre, et qu'à projeter un pareil schéma dans la réalité clinique ou même anatomique, on risque, au moindre inconvénient, d'aboutir à transformer une explication commode en interprétation commandée par les faits. On peut se demander s'il n'y a pas, en pareille occurrence, une illusion analogue, en fait, à l'illusion qui localiserait, dans l'objectivité d'un cerveau, le schéma polygonal en fonction, le centre O, par exemple, à la pituitaire, et les angles du polygone à des points précis du cortex. Il semble ici qu'on ait suivi la route, au moins en partie, d'une hypothèse aux faits, en sens inverse à l'utile. *A priori* rien toutefois n'autorise, en logique, à s'opposer aux conclusions rapportées, mais rien non plus n'autorise à s'y ranger. Il faut au moins examiner les faits.

Par définition même, il faut avant tout, pour qu'une observation ressortisse avec évidence à l'agnosie d'association, qu'elle apporte une agnosie tactile indépendante et primitive, sans troubles sensitifs qui suffisent à l'expliquer, sans troubles moteurs et sans troubles cérébraux qui surajoutent à des troubles sensitifs minimes la surcharge qui suffit à les rendre effectifs. Si l'agnosie tactile *intracorticale* en effet ressortit à la seule *interassociation des éléments tactiles*, insuffisante ou disparue pour l'un ou pour l'autre motif ; et si l'agnosie tactile *transcorticale* ressortit à la seule *association de l'image musculo-tactile* actuelle à l'*image visuelle* antérieure, on conçoit qu'il faille avant tout, pour affirmer leur existence, avoir indubitablement constaté l'intégrité numérique, et l'individuelle intégrité, qualitative et quantitative, des éléments tactiles bruts, ou sensations simples, sur lesquels, pour la première, et sur la synthèse, en représentation desquels pour la seconde, l'association s'efforce en vain de tra-

vailler. Il suffit d'une insuffisance ou d'une altération des composants pour s'opposer à la fabrication d'un composé régulier, sans qu'on soit dès lors en droit d'incriminer la fabrication même : ainsi, quand les éléments d'information tactile arrivent au mécanisme identificateur insuffisants ou modifiés, on n'est plus en droit, si l'identification n'a pas lieu, d'incriminer l'association primaire ou l'association secondaire, mais seulement la collection périphérique, insuffisante ou modifiée.

Au reste, il en va pareillement dans les autres champs sensoriels : avec une amblyopie suffisante à gêner la perception visuelle, on n'ira jamais rapporter l'agnosie visuelle à la cécité psychique, non plus qu'avec une hypoacousie suffisante à gêner la perception auditive, on n'ira rapporter l'agnosie sensitive à la surdité psychique.

Il convient toutefois d'envisager successivement l'astéréognosie et l'asymbolie.

Il suit des considérations ci-dessus qu'une astéréognosie n'a fait sa preuve, au sens étroit du mot, qu'après avoir laissé subsister dans leur intégrité tous les éléments d'information tactile, pour s'opposer exclusivement à leur synthèse en jugements tactiles supérieurs. On conçoit qu'en clinique il soit pratiquement impossible d'apprécier aux réponses d'un agnosique s'il a recueilli sur un, deux ou plusieurs objets, des sensations élémentaires, superficielles ou profondes, qui suffisent à la synthèse en notions de forme — auxquelles il faut implicitement ajouter, à l'exemple du professeur Dejerine, les notions de résistance et les notions de volume dans l'espace à trois dimensions. On utilise en effet à l'interrogatoire un langage extrêmement approximatif en matière aussi délicate : aussi l'agnosique, alors qu'il fournit à l'observateur des renseignements apparemment exacts dans leur expression grossière, est loin parfois d'avoir senti les nuances

inexprimables nécessaires à l'identification tactile — au cas tout au moins, fréquent dans la pratique, où leur minime altération, superposable aux altérations sensitives, s'étend à plusieurs formes de la sensibilité. On comprend qu'il faille alors suppléer à l'inutilisable interrogatoire sur les qualités senties, par l'exploration des récepteurs sensitifs, dont l'intégrité symptomatique à la périphérie conditionne exclusivement l'intégrité des sensations élémentaires. On doit par suite éliminer systématiquement du cadre des astéréognosies toute agnosie tactile à troubles sensitifs.

On conçoit aisément qu'en simple logique, et sans rien préjuger des faits, il soit facile aux tenants d'un centre isolé des images tactiles à siège individuel et distinct, d'admettre, à titre hypothétique, une astéréognosie pure, étroitement localisée à la seule association primaire, et compatible avec une intégrité parfaite à la voie sensitive. On comprend moins comment ceux qui superposent au centre perceptif des sensations élémentaires, au niveau des circonvolutions rolandiques, le centre évocateur des représentations extérieures, arrivent à la concevoir.

En effet, à considérer l'astéréognosie vraie comme une objectivité clinique, elle ressortit nécessairement en pareil cas à la lésion du centre évocateur.

En raison du siège commun, il suit l'inévitable lésion du centre perceptif ; et, partant, une altération sensitive à la périphérie — qui suffit à justifier l'agnosie par un fait à l'encontre d'une hypothèse. Si bien qu'il ne reste aucun motif, pas même la nécessité d'une explication satisfaisante, à localiser en pareil endroit un centre évocateur d'images musculo-tactiles.

Verger (1) toutefois cherche à justifier cette hypothèse :

Chacune des impressions élémentaires, tactiles et kinesthésiques, du membre supérieur, peut être perçue au tiers

(1). H. VERGER, *Rev. neur.*, 1902. p. 1203.

moyen des circonvolutions rolandiques, par un seul neurone qui garde, à titre évocateur, les résidus des impressions antérieures. Au moment d'une identification, les neurones afférents, chargés d'impressions actuelles, entrent en communication par leurs prolongements intra-corticaux avec les prolongements intra-corticaux des neurones chargés d'impressions antérieures. La mise en jeu simultanée d'un grand nombre de neurones forme, en quelque sorte, un ensemble cyclique intracortical à chaîne fermée : c'est alors qu'apparaît l'association intracorticale, ou perception stéréognostique.

On conçoit ainsi qu'une petite lésion de la zone qui correspond au membre supérieur suffise à rompre l'enchaînement, et, partant, la synthèse intracorticale, en détruisant quelques neurones — mais soit insuffisante à déterminer une altération des sensibilités, d'origine centrale évidemment, mais d'expression périphérique. C'est ainsi qu'on peut observer l'astéréognosie vraie par lésion corticale, indépendante et primitive.

Outre qu'en fait, à parcourir les observations recueillies, on se convaincra facilement qu'il n'existe pas au sens large et symptomatique, d'astéréognosie qui n'ait son explication dans un trouble périphérique des sensibilités superficielle ou profonde — ainsi qu'il était facile à prévoir, à considérer la localisation décrite en plein centre sensitif — on conviendra qu'il est au moins inutile, et peut-être fâcheux de substituer aux faits, objectifs et tangibles, une hypothèse à qui soit nécessaire une aussi métaphysique et gratuite justification.

Il faut en arriver à l'asymbolie tactile. Il suit aussi des considérations qu'on a pu trouver ci-dessus, qu'une asymbolie n'a fait sa preuve, au sens étroit du mot, qu'après avoir laissé subsister dans leur intégrité toutes les synthèses musculo-tactiles (forme, volume, etc.), pour s'opposer exclusivement à leur association secondaire aux autres représenta-

tions sensorielles antérieures, et tout particulièrement aux images visuelles. On conçoit qu'en clinique, il soit pratiquement impossible d'apprécier aux réponses d'un agnosique s'il a fait ses associations tactiles avec assez d'exactitude et de précision pour qu'elles suffisent à l'évocation visuelle, indispensable à l'identification complète. Plus qu'au cas d'astéréognosie, la matière est délicate : on n'a toujours à sa disposition qu'un langage aussi manifestement approximatif. D'un sujet qui sait, d'un morceau de sucre, qu'il est rectangulaire et rugueux, ou d'une montre qu'elle est arrondie, lisse et plate, ou d'une clef qu'elle est longue et froide avec un anneau, on va conclure en effet qu'il a sa représentation musculo-tactile intacte à sa disposition. Rien n'est moins sûr : il suffit pour s'en assurer, qu'on cherche à quels objets s'appliquaient ses réponses : on verra fréquemment quelle énigme à résoudre. Ainsi l'exactitude relative des réponses n'implique pas l'intégrité de l'identification stéréognostique : la nuance à percevoir dépasse l'expression courante, et son altération demeure ignorée. En pareil cas cependant elle prend une importance capitale : à quels objets un sujet normal identifierait-il une pièce de monnaie trois fois moins large, une boîte d'allumettes trois fois plus longue, un canif six fois moins pesant ? Ainsi les jugements erronés fournis par la perception stéréognostique à l'identification secondaire, alors qu'ils apparaissent encore, à l'examen grossier, aptes à conditionner son fonctionnement normal, peuvent, en réalité, l'entraîner à l'erreur, ou s'opposer en fait à toute identification définitive.

Au même titre qu'il faut éliminer des astéréognosies toute agnosie tactile à troubles sensitifs, on voit ici qu'il faut éliminer des asymbolies toute agnosie tactile à perception stéréognostique imparfaite. Et, comme il faut demander, ainsi qu'on l'a pu voir, à l'intégrité sensitive l'assurance d'une perception stéréognostique normale, c'est à l'intégrité sensitive aussi qu'on arrive à demander la garantie

d'un apport matériel utilisable et suffisant pour la régularité de l'identification secondaire. Si bien qu'en dernière analyse, il faut systématiquement éliminer du cadre des asymbolies, comme de celui des astéréognosies, toute agnosie tactile à troubles sensitifs.

C'est Jules Soury (1) qui, le premier, avait théoriquement entrevu la possibilité d'une asymbolie tactile par interruption des associations transcorticales entre les centres tactiles et les centres visuels. On sait, en effet, combien la représentation visuelle est utile, et peut-être indispensable, au moins chez les clairvoyants, à l'identification complète ou significative.

Si, chez l'enfant, l'image tactile est vraisemblablement prépondérante, elle a cédé progressivement la place à l'image visuelle. « Notre vieil atlas tactile de l'espace est peu à peu envahi et recouvert par les signes de l'espace visuel (2). » On peut s'en rendre compte en suivant introspectivement, à propos d'un objet (3) ou d'un signe écrit dans la main (4), la marche d'une identification tactile. Ainsi l'atrophie d'inactivité qu'a subie notre mémoire tactile la rend impropre à nous être d'aucun secours à l'identification complète, au cas où vient à manquer l'indispensable évocation visuelle, et l'asymbolie tactile ressortit à son incapacité.

Il va sans dire qu'aucun examen n'a jusqu'à présent confirmé cette interprétation tout à fait hypothétique. Mais, s'il n'existe pas d'observations où la section localisée des voies opto-tactiles ait exclusivement supprimé la faculté d'évocation visuelle au sujet qui palpe un objet, on a toutefois apporté des cas où la propre destruction, par cécité psychique avec ou sans hémianopsie, des images visuelles commémo-

(1) JULES SOURY, *Le système nerveux central*, II, 1136 et 1161.

(2) JULES SOURY, Cécité corticale, *Revue philosophique*, 1896, 243.

(3) K. MARKOVA, hèse de Genève, 1900, p. 50.

(4) KATTWINKEL, *Deutsches Arch. für klin. Med.*, 1898, LXI.

ratives des objets, s'accompagnait d'agnosie tactile ; il n'y avait qu'un pas à faire pour rattacher l'agnosie tactile à l'incapacité qui suit, d'arriver à traduire, en impossibles représentations visuelles, les représentations tactiles normales.

Aux cas où l'agnosie tactile ajoute ainsi ses effets à ceux d'une asymbolie visuelle, on voudra bien remarquer cependant sa fréquente unilatéralité, concomitante à des troubles constants, mais unilatéraux, des sensibilités périphériques : c'est exclusivement, dès lors, aux altérations sensitives, qu'on est en droit d'attribuer cette agnosie superposée.

Au reste, il faut remarquer aussi l'identification persistante à l'autre main, malgré la cécité psychique. A joindre un pareil fait non seulement aux observations où la cécité psychique absolue n'a toutefois entraîné derrière elle aucun trouble de l'identification tactile, mais en plus aux observations de cécité psychique avec aphasie optique où le mot, qui n'était plus évoqué par la voie sensorielle pouvait l'être encore par la voie sensitive, on s'aperçoit qu'il est au moins hasardeux d'attribuer une hypothétique asymbolie tactile à l'incapacité d'évoquer à son occasion les images commémoratives visuelles, puisqu'on a vu persister l'identification tactile après leur disparition.

A suivre introspectivement la marche d'une identification tactile, c'est enfin, vraisemblablement, au seul état d'image commémorative visuelle, et non d'image musculo-tactile, qu'est emmagasinée, chez l'adulte, en tant qu'évocable et représentative, la simple image de forme, ou de volume, ou de dimension. « Si l'on cherche à établir la genèse des images de forme chez l'homme, il est permis de supposer que l'image de la forme, considérée indépendamment des autres qualités de l'objet, n'existe pas chez l'enfant jusqu'à ce qu'il soit capable d'une analyse assez approfondie de superceptions. L'enfant a bien des impressions musculotactiles qu'il interprète et utilise pour exécuter certains mouvements en vue d'un but déterminé. Ce n'est que lorsque le sens de la vue a reçu, grâce

aux impressions musculo-tactiles, l'éducation qui lui permet d'apprécier le volume des corps, c'est-à-dire la troisième dimension de l'espace, c'est alors seulement, que nous séparons l'image de la forme d'avec les images correspondantes. Et dans cet établissement des images de formes, non seulement la vue intervient, mais seule elle nous permet la synthèse parfaite des éléments fournis par le toucher (1) ». Il suit qu'avant son expression verbale en jugements qui vérifient sa perception consciente, la représentation stéréognostique aurait à passer par le centre des images mémoratives visuelles des formes (c'est rond, c'est carré, c'est ovale et plat). Or, à supposer une interruption sur la voie d'association opto-tactile, c'est pour elle une impossibilité : ainsi l'asymbolique aura perdu la faculté d'exprimer des jugements sur les formes. Mais c'est précisément au contraste entre une identification stéréognostique, apparemment suffisante, aux expressions du malade, et l'incapacité qu'il a d'arriver à l'identification symbolique et significative, qu'on affirme une asymbolie tactile : on voit la contradiction sans issue.

Aussi Chrétien, pour conserver l'asymbolie par suppression des images visuelles mémoratives d'objets (contre laquelle persisteraient toutefois la plupart des objections ci-dessus), avait-il proposé d'en séparer, sur une interprétation des cas où la cécité verbale accompagne l'agnosie tactile (2), un centre des images visuelles mémoratives des formes. On pourrait alors supposer qu'il siège au voisinage du centre des images visuelles mémoratives des mots : « le mot écrit n'est-il pas, en effet, un dessin que la vue perçoit tout comme une autre forme dessinée sur une surface

(1) R. CHRÉTIEN, thèse de Paris, 1902, p. 68.

(2) DIDE et BETCAZO, *Rev. neur.*, 1902, p. 696.

C. W. BURR, *The journ. of nerv. and ment. dis.*, 1897, p. 259 et *The amer. journ. of the med. sc.*, 1901, p. 306, IV.

plane ? » (1) Ainsi s'expliquerait l'agnosie tactile avec cécité verbale, par lésion d'un centre commun d'images visuelles commémoratives des formes, objectives ou verbales. Il suit, d'une part, l'apparition d'une astéréognosie nouvelle, à présent transcorticale, par interruption d'un faisceau reliant le centre sensoriel tactile au centre visuel des images de formes et, d'autre part, la conservation d'une asymbolie tactile transcorticale, consécutive au diaschisis entre le centre des images commémoratives visuelles d'objets et les centres où sont conservés les souvenirs des perceptions tactiles, mais autres que la forme : la notion de forme, en effet, n'est pas indispensable à l'identification complète — au contraire, au moins dans la perception des objets usuels, il est probable que l'objet lui-même est reconnu dans sa signification avant qu'il ait été nettement reconnu dans sa forme.

Sans insister outre mesure sur l'assimilation non seulement verbale, mais encore anatomique entre les formes, qui sont des signes, et les mots qui sont des signes de signes, spécialisés pour la fonction du langage, on conviendra qu'il s'agit là d'une hypothèse au moins sans fondement, et qu'on peut évidemment la faire, mais qu'on en peut bien faire autant d'autres qu'on voudra.

Au reste on peut se demander s'il y a quelque fruit à tirer d'observations aussi complexes. D'un côté par l'intrication même et la complexité des phénomènes, la répercussion qu'ils ont l'un sur l'autre, et la réaction des résultats entre eux et sur leurs causes ; d'un autre côté, par l'extension fréquente et la diversité des lésions qu'on trouve en pareil cas à l'examen du cerveau, elles prêtent, ainsi qu'on a pu voir, à tant d'interprétations, variées, mais injustifiables, qu'il n'y faut chercher aucun éclaircissement sur l'origine et la marche des agnosies spécialisées pour l'identification tactile.

Il faut en venir à la dernière interprétation, proposée par

(1) R. CHRÉTIEN, thèse de Paris, 1902, p. 72.

MM. Raymond et Egger : l'aphasie tactile. Il est toutefois assez difficile, à lire leurs considérations, d'arriver à savoir à quel mécanisme intime, ou plutôt à quel enrayage, appliquer leur dénomination. Quoi qu'il en soit, et sous réserve des critiques judicieuses adressées déjà par M. Claparède (1) à cette explication nouvelle, il a semblé qu'il y fallait voir ce qui suit :

Ou bien MM. Raymond et Egger (2) assimilent en effet l'agnosie tactile à la surdité verbale, aphasie sensorielle commune. Il faut alors l'homologuer justement, non pas à l'incapacité d'adapter au complexe de vibrations qu'est le mot son image auditive, mais à l'incapacité d'adapter l'idée qu'il représente au mot *extérieur* (image auditive) : entendu c'est revenir à l'incapacité d'évoquer la notion significative de l'objet quoiqu'en possession d'une exacte et complète notion

(1) E. CLAPARÈDE, *Rev. neur.*, 1906, p. 803.

(2) RAYMOND et EGGER, *Rev. neur.*, 1906, p. 374.

Nous trouvons une symptomatologie tout à fait analogue dans un trouble du langage qu'on appelle la surdité verbale.

Le malade frappé de surdité verbale entend toutes les modulations tonales du langage parlé sans que les impressions acoustiques évoquent chez lui l'image auditive du mot.

Le mot parlé est un complexe de vibrations sonores au même titre que l'objet palpé est un complexe de sensations cutanées et profondes.

Dans le cas de surdité verbale, comme dans notre cas, les sensations parviennent intégralement au sensorium.

Les sensations acoustiques, comme les sensations de la surface palpante de la main, peuvent s'associer entre elles ; les premières, en se coordonnant dans le temps, forment la perception musicale, les secondes, en se groupant dans l'espace, forment l'association stéréognostique. Là s'arrête dans les deux cas l'évolution associative. La surdité verbale avec conservation de la perception musicale entend et comprend les mélodies, mais la parole reste pour elle un complexe acoustique sans signification, comme chez notre malade l'objet palpé reste un complexe de qualités physiques sans notion d'usage. Dans les deux cas l'association des éléments sensitifs simples entre eux est conservée, mais ce qui est aboli, c'est l'association avec la zone du langage. L'aphasie est le déficit commun aux deux cas. Nous pouvons donc parler d'une aphasie tactile au même titre que d'une aphasie acoustique dans la surdité verbale.

stéréognostique, c'est-à-dire à l'asymbolie tactile, contre laquelle on peut invoquer les objections précédemment rapportées.

Ou bien MM. Raymond et Egger assimilent l'agnosie tactile à l'aphasie acoustique, aphasie d'évocation. Il faut alors l'homologuer justement à l'incapacité d'évoquer le mot *intérieur* (image d'articulation) qui correspond à la notion significative évoquée normalement et complètement dans l'esprit du sujet par les vibrations extérieures : c'est supposer une interruption, soit sur la voie d'association opto-verbale, soit sur une hypothétique voie d'association stéréo-verbale. On voit qu'au premier cas le sujet doit avoir conservé la faculté d'acquérir, à la palpation, la notion significative des objets, — dont il n'est pas rapporté d'exploration, mais qu'il semble avoir ici perdue (« l'objet palpé reste un complexe de notions physiques sans notion d'usage »). On voit aussi qu'au second cas il faut admettre en premier que la notion tactile de forme suffit, chez l'adulte clairvoyant, à sa perception consciente, sans traduction visuelle — et secondairement qu'elle n'évoque la notion significative des objets, qu'ici le sujet semble avoir en effet perdue, qu'avec l'aide intermédiaire, et par la vertu d'évocation de l'image motrice d'articulation du mot qui la représente. Outre qu'un pareil concept apparaît, au premier abord, assez inattendu, on voudra bien remarquer qu'il est impossible, en tout état, qu'on arrive à l'appliquer ici : ainsi qu'a dit M. Claparède en effet : « Quoi qu'il en soit, s'il existe une aphasie tactile, les mots qu'à coup sûr ne doivent pas pouvoir évoquer ceux qui en sont atteints sont ceux qui se rapportent aux images purement tactiles (et qui ne sauraient avoir de corrélatifs visuels), comme ceux de *froid*, de *rugueux*, de *dur*, de *mou*, de *humide*. Or ce sont précisément ceux que la malade de MM. Raymond et Egger avait à sa disposition (1). »

(1) E. CLAPARÈDE, *Rev. neur.*, 1906, p. 805.

Aux impossibilités qui s'opposent à cette explication vient d'ailleurs s'ajouter un fait, qui suffit plus qu'amplement à lui seul à l'interprétation pathogénique : c'est l'altération combinée des diverses sensibilités superficielle et profonde — élargissement léger des champs de Weber ; erreurs grossières dans la localisation (du pouce au petit doigt) ; affaiblissement léger de la sensibilité à la pression ; estimation des poids un peu moins fine ; confusion par instants dans l'estimation des doigts mobilisés ; enfin monoplégie de la main droite, qui surajoute aux altérations sensitives la difficulté du palper, et l'estimation défectueuse du degré de contraction musculaire utile aux mouvements actifs.

On voudra bien remarquer enfin qu'un mot aussi précis qu'aphasie s'applique exclusivement (Dejerine) à la perte des images verbales (auditives, visuelles, ou d'articulation), spécialisées pour la fonction du langage et qu'il faut s'assurer si, en leur emploi, la dénomination seule est abolie. En tant qu'aphasie sensorielle, à la condition toutefois, primordiale et nécessaire, que la sensibilité soit *tout à fait* intacte, on peut théoriquement concevoir l'aphasie tactile en en deux cas : soit qu'un aveugle ait perdu la faculté de lire, au bout du doigt, l'écriture en relief : il n'en a pas été jusqu'à présent cité d'exemple ; soit qu'un sujet ait *isolément* perdu la faculté de reconnaître, avec les yeux fermés, les lettres ou les chiffres qu'on écrit dans sa main : les expériences de Kattwinkel (1) ont montré qu'un pareil trouble s'accompagne en tous cas d'altérations de la sensibilité cutanée, et qu'en dehors d'un affaiblissement intellectuel, qui prive aux deux mains le sujet d'associer les directions tactiles, et d'évoquer à leur occasion la lettre ou le chiffre écrits dans sa mémoire, il n'y fallait voir après tout qu'un procédé d'explorer la sensibilité cutanée dans un des détails.

En tant qu'aphasie motrice on a vu qu'on pourrait, théori-

(1) KATTWINKEL, *Deutsches Arch. für klin. Med.*, 1898, LXI.

quement encore, appeler aphasie tactile une incapacité d'évoquer le mot qui s'applique à l'objet, reconnu parfaitement au palper, en ses divers détails comme en sa complète signification. M. Claparède (1) estime improbable la découverte d'une aphasie pareille, au moins chez les clairvoyants. En effet, notre mémoire visuelle s'est tellement substituée à notre mémoire tactile, atrophiée, qu'il est vraisemblable, qu'à l'exclusion des images tactiles, il n'y a d'association qu'aux seules images des mots. On voudra bien remarquer toutefois qu'on a rapporté certains cas d'asymbolie visuelle avec aphasie optique où le mot, qui n'était plus évoqué par la vue, l'était encore par la palpation.

A bien considérer les hypothétiques variétés d'agnosie tactile à pathogénie corticale ou transcorticale exposées ci-dessus, on conçoit qu'en fait, à ceux même à qui leur existence apparaît autonome, une astéréognosie soit au moins difficile et souvent impossible à distinguer d'une asymbolie tactile : « En pratique, entre le malade qui sent quelque chose dans sa main sans pouvoir en dire davantage, et celui qui ne diffère de la normale que parce qu'il palpe très longuement les objets et qu'il ne finit par les reconnaître qu'après beaucoup d'efforts, on trouve tous les intermédiaires. Dans la clinique courante, on se contentera le plus souvent du diagnostic de stéréognosie plus ou moins complète (2). »

A vrai dire, on peut s'étonner qu'il faille aboutir à conclusion à la difficulté, sinon même à l'impossibilité d'adapter les faits cliniques au schéma qui les résume, alors qu'il aurait précisément fallu, par l'irréductible et typique diversité des faits cliniques, justifier son existence et son utilité. On peut en inférer la route en partie faite à partir d'un système en marchant vers les faits.

(1) E. CLAPARÈDE, *Rev. neur.*, 1906, p. 805.

(2) H. VERGER, *Rev. neur.*, 1902, p. 1204.

Au reste il faut savoir qu'on schématise ainsi la clinique et l'anatomie sur un schéma pathologique incomplet et discutable. C'est un premier doute en effet, si toute entière identification tactile s'arrête au premier relai d'identification stéréognostique ; c'en est un second, si la perception stéréognostique, au moins chez les clairvoyants, doit nécessairement passer à l'état stéréoscopique avant d'apparaître à la conscience ; c'en est un troisième enfin, si toute identification symbolique, au moins chez les clairvoyants aussi, nécessite impérieusement sa constante interprétation visuelle.

On sait qu'en réalité l'identification symbolique enjambe assez fréquemment l'identification stéréognostique : à quelque infime détail, variable d'ailleurs suivant les sujets qu'on explore, un objet est fréquemment reconnu dans sa signification avant d'avoir été reconnu dans sa forme. « Ce phénomène, qui s'explique en partie par l'habitude, peut prouver en même temps, puisqu'il s'agit d'objets usuels, que ce sont les associations d'idées les plus utiles au point de vue pratique qui s'effectuent le plus rapidement : en effet la connaissance de la forme exacte d'un objet nous est en général peu utile par elle-même (1). »

Toutefois, chez un agnosique, il reste à penser qu'une identification déclanchée tend à passer par l'identification stéréognostique attentive : il cherche en effet à rassembler le maximum d'informations tactiles sur l'objet qu'il arrivera difficilement, ou qu'il n'arrivera pas à reconnaître. Si l'homme sain, vis-à-vis d'un objet à palper, est à l'état voisin d'un caricaturiste, apte à faire avec rapidité l'abstraction caractéristique, il reste à l'agnosique, au plus léger degré, l'identification par le détail, à la manière anthropométrique : on conçoit qu'elle exige un attentif examen des formes et des dimensions. C'est vraiment d'eux qu'on peut dire, avec Claparède : « Palper c'est épeler la forme. »

(1) R. CHRÉTIEN, thèse de Paris, 1902, p. 18.

Au contraire on a vu qu'il était malaisé d'arriver à savoir si leur traduction visuelle en images d'objets ou même en images de formes conditionnait impérieusement l'accès à la conscience de l'identification significative ou même de l'identification stéréognostique. A suivre introspectivement la marche d'une identification complète, il semble qu'il en soit ainsi. C'est à tel point qu'il a paru nécessaire à Mlle Markova (1) d'employer fréquemment, au cours d'explorations sur la perception stéréognostique normale, un assez grand nombre d'objets suffisamment inaccoutumés et bizarres pour qu'une identification complète, à caractère visuel, n'apportât pas la forme, au sujet exploré, bien avant qu'il ait pu la percevoir au palper — encore, à voir la régularité des dessins obtenus du sujet après chaque étape de palpation, particulièrement leur symétrie pour les objets symétriques, il apparaît au moins vraisemblable qu'ils aient subi, primitivement ou secondairement, la traduction stéréoscopique.

On n'oubliera pas toutefois qu'en logique absolue, bien qu'à passer toujours par la voie la plus unie, la reconnaissance en peut adopter d'autres, au cas d'obstacle à son passage : au moins l'identification tactile persistante, après certains cas de cécité psychique, et l'évocation persistante des noms par la voie tactile, après certains cas d'aphasie optique surajoutés à la cécité psychique, en laissent-elles entrevoir la possibilité.

Des interprétations multiples qui précèdent, sans jamais qu'elles s'imposent en types cliniques distincts ou qu'elles se vérifient jamais à l'autopsie, il reste qu'il en faut revenir à la seule interprétation pathogénique immédiate et vraisemblable, en rapport avec la constance des faits — l'unicité d'agnosie tactile, au moins dans l'absolutisme des conditions qui

(1) E. CLAPARÈDE, *Ann. psych.*, 1898, V, p. 65 et sq.

(2) K. MARKOVA, thèse, p. 20 et p. 40.

la régissent : l'insuffisance ou l'altération des sensibilités périphériques, superficielle et profonde.

*
* *

III. — Il en faut arriver maintenant aux observations litigieuses.

On a pu voir, aux observations personnelles, sous l'agnosie tactile apparemment prépondérante, à quelle altération dissimulée, mais évidente à savoir la chercher, des sensibilités périphériques, superficielle et profonde, on doit nécessairement rapporter les troubles de l'identification.

Il n'y a pas à s'arrêter plus ici sur les observations similaires, malgré les interprétations variables qu'en ont pu donner leurs auteurs. On peut aisément s'en convaincre : à considérer les cas où l'examen des sensibilités n'a pas été trop sommaire, on verra l'analogie symptomatique, et la nécessité d'une identique interprétation.

Les neurologues et les chirurgiens américains toutefois ont particulièrement insisté, malgré l'altération constante et marquée des sensibilités périphériques, sur l'origine associative des artéréognosies par lésion corticale. Il semble, à consulter leurs cas, qu'ils aient voulu passer du pratique au réel : on conçoit en effet l'utilité dont pourrait être au chirurgien du cerveau la destruction limitée, caractéristique en symptomatologie, d'un centre précis et bien localisé des jugements tactiles.

On peut voir, à l'examen des cas, l'inutilité d'entamer la discussion sur chacun d'eux. Ils s'accompagnent tous en effet d'altération large et marquée des sensibilités périphériques, superficielle et profonde, plus qu'apte à causer l'agnosie. On n'aura pas à s'étonner dès lors, si la localisation du

centre stéréognostique et stéréomnésique oscille autour des circonvolutions ascendantes, et tend surtout à se fixer au tiers moyen de la pariétale ascendante, qui représente exactement le centre sensitif commun du membre supérieur.

On peut s'arrêter à la deuxième observation de Wernicke, et à l'observation de Dubbers, non qu'elles puissent aujourd'hui supporter l'examen, mais parce qu'elles représentent le premier essai d'isolement d'une « paralysie du toucher » autonome, et dégagée d'altérations sensitives :

Dans l'observation de Wernicke (obs. 127), à vrai dire, il n'apparaît plus qu'on puisse ainsi négliger l'association d'altérations du sens musculaire aux mouvements passifs, avec ataxie des mouvements actifs, à l'affaiblissement tactile, assez mal précisé d'ailleurs, mais suffisant à provoquer la plainte, avec erreurs légères de localisation, mais sans renseignements sur le sens de Weber.

Au reste, agnosique à sa main droite où les objets ne sont pas reconnus, le malade a pu reconnaître un canif après l'avoir poussé jusqu'à son poignet droit : on sait qu'en cas d'altération sensitive organique, les troubles prédominent à la périphérie : on voit ici qu'il a suffi d'un conducteur moins altéré, bien qu'il soit contigu, pour opérer, sans palpation, l'identification tactile.

Il faut aussi récuser l'observation de Dubbers (obs. 103). La sensibilité n'est qu'incomplètement explorée (sens de Weber, pression, mouvements passifs) ; la sensibilité tactile est légèrement affaiblie avec erreurs de localisation (sauf à la main) ; la sensibilité douloureuse, au contraire, est légèrement exagérée.

La sensibilité, déjà légèrement atteinte à l'examen grossier, n'a pas été suffisamment examinée pour qu'on puisse en faire état chez les malades de M. Verger (obs. 92, 93 et 94), qu'il

considère comme atteints d'hémianesthésie atypique réduite aux troubles du toucher actif.

La malade de MM. Raymond et Egger (obs. 69) présente un léger élargissement des champs de Weber, des erreurs de localisation très étendues (du pouce à l'auriculaire), une sensibilité à la pression un peu émoussée avec estimation des poids moins fine, un sens des attitudes légèrement troublé. On conviendra qu'à se combiner ainsi sur les facteurs sensitifs importants, les altérations sensibles suffiront largement à conditionner une agnosie tactile.

La malade de M. Egger (obs. 55) présente des troubles profonds de la discrimination tactile (jusqu'à 10 cm.), des troubles légers des sensibilités douloureuse et thermique, une évaluation des poids mauvaise (40 gr. au moins), une ataxie du membre supérieur droit après hémiplegie droite avec hémianesthésie rétrogradées. Malgré la « riche sensibilité » qu'elle a récupérée paraît-il, en 10 minutes, sous l'œil et par les mains de M. Egger, aussitôt avant l'exploration stéréognostique, on conviendra qu'il est au moins impossible d'accorder aucune valeur démonstrative ou documentaire à cette observation.

Au sujet d'autres malades, agnosiques ou gnosiques, M. Egger, au cours du même article, apporte « l'explication comment il se peut qu'une petite canalisation, restée ouverte dans le système de projection, est encore capable de nous renseigner suffisamment sur le monde extérieur » — il considère en outre qu'une astérognosie, au cours d'un syndrome thalamique avec altération sensitive à la périphérie, doit son agnosie non pas à l'altération sensitive, mais bien aux troubles associatifs dont la lésion coupe un hypothétique faisceau d'association, si bien qu'on peut inférer du syndrome anesthésique l'enchevêtrement probable au niveau du thalamus du faisceau sensitif avec ce faisceau d'association — il es-

time avoir montré que « la conception d'une aphasie tactile avait une identité génétique avec ce qui se passe du côté des aphasies monosymptomatiques », et qu'à considérer l'aphasie comme un déficit spécialisé pour le mot (visuel, auditif, ou articulé), on exclut la cécité verbale et la surdité verbale du syndrome aphasie. On peut trouver ces affirmations au moins malaisément discutables.

Le malade de MM. Rose et Egger (obs. 72) est un paralytique général, dont la femme elle-même affirme l'affaiblissement intellectuel. A résumer les faits, il semble présenter une légère hémiparésie gauche, avec mouvements involontaires des doigts et légère ataxie kinétique, une hypoesthésie quantitative que les auteurs estiment insignifiante, une hypoesthésie thermique qu'ils estiment négligeable, quoique le malade affirme que le froid et le chaud l'impressionnent moins à gauche, une évaluation du poids qu'ils estiment suffisante. Enfin quoiqu'il ait souvent confondu le velours avec le drap, et le calicot avec la soie, et qu'une pareille erreur semble impliquer un trouble au moins léger des sensibilités élémentaires, MM. Rose et Egger concluent à la persistance de l'identification stéréognostique, avec asymbolie tactile à l'état de pureté. Au bout d'un mois, le malade avait progressivement récupéré sa faculté gnosique.

Il apparaît plutôt qu'il s'agit ici d'un syndrome hémiparétique passager, avec hypoesthésie légère au cours d'une paralysie générale — syndrome assez fréquent au cours de l'affection, le plus souvent consécutif aux foyers corticaux circonscrits qui peuvent intéresser la région rolandique — et qu'à multiplier sa légère altération sensitive par ses troubles moteurs, et par son affaiblissement intellectuel (ultérieurement la démence a marché rapidement), le malade a fait son agnosie tactile — vraisemblablement aussi l'ataxie du bras gauche extériorise un trouble de la sensibilité profonde. Suivant la règle, on a vu le syndrome régresser et l'agnosie tactile a suivi.

D'ailleurs, entre l'écueil d'accorder quelque importance aux dires d'un paralytique général, incapable d'attention, de mémoire et de jugement, au cours d'une exploration d'agnosie, on voudra bien remarquer qu'il a fallu déjà s'exposer à l'erreur analogue au cours de l'examen sensitif antérieur : on sait qu'il est ici particulièrement long et délicat ; on sait aussi qu'il y faut déjà d'un sujet par ailleurs normal, une attentive et précise collaboration.

La malade de M. Kramer (obs. 110), atteinte à 6 ans d'encéphalite à siège cortical, présente un minime élargissement des champs de Weber, une sensibilité à la pression affaiblie, des erreurs dans la perception des petits mouvements passifs aux doigts. L'agnosie tactile, absolue le 29 juillet 1903, apparaît très améliorée le 30 mars 1904, après une éducation continue. On voit qu'il s'agit vraisemblablement d'une agnosie superficielle, essentiellement conditionnée par l'altération sensitive, multipliée par les mouvements inhabiles et l'état intellectuel (encéphalite chronique), entretenue par l'inactivité des doigts, et curable par l'exercice.

Le malade de M. Poggio (obs. 121), après intervention sur la région rolandique droite présente un léger élargissement des champs de Weber à la pulpe des doigts, on estimera sans doute insuffisant d'avoir dit pour le reste « les troubles de la sensibilité n'étaient pas démontrables », et qu'une observation rapportée dans ces termes est inutilisable. On conçoit d'ailleurs, au léger déficit agnosique, qu'une aussi légère altération ait pu passer inaperçue à l'examen superficiel.

L'observation de MM. Verger et Abadie (obs. 98) rapporte une agnosie bilatérale où toute altération corticale à localisation systématisée doit évidemment être exclue. Il faut penser à l'amnésie tenace et généralisée, particulière à la psychose polynévritique, au cours d'une polynévrite en évolution (« ils vivent dans un présent perpétuel » Dupré) ;

ou, moins vraisemblablement, aux troubles sensitifs légers à la périphérie, d'origine polynévritique, inaperçus à l'examen grossier, ou, plus vraisemblablement au contraire, à l'hystérie surajoutée.

On en peut rapprocher l'observation de Fuchs (obs. 109) : agnosie tactile absolue pour tous objets, si gros qu'ils puissent être, aux deux mains et aux deux pieds, aux cours d'une polynévrite, avec intégrité des centres nerveux, sans troubles des sensibilités périphériques, superficielle ou profonde. On conçoit qu'il faille en arriver aux hypothèses qui précèdent : psychose polynévritique, altération périphérique inaperçue, ou mieux hystérie surajoutée.

Les deux malades de M. Gasne (obs. 56 et 57) astéréognosiques sans trouble sensitif à la périphérie, sont deux hystériques, suggestibles et suggestionnés, sur lesquels on eût pu créer, à condition qu'il fût simulable, tel syndrome à volonté. M. Dejerine en a d'ailleurs fait à ses leçons la preuve évidente : « Voici une femme à laquelle, ce matin, j'ai enlevé par suggestion le sens stéréognostique de la main droite, en lui donnant l'ordre de conserver intacts tous les autres modes de sensibilité... J'aurais pu aussi bien lui suggérer de ne perdre ce sens que pour les objets en métal, et de le conserver pour les autres, et créer ainsi chez elle une nouvelle espèce de sens stéréognostique (1). »

Enfin l'observation de M. Rhein (obs. 154) est trop brièvement rapportée, sans aucun renseignement sur la maladie concomitante ou les procédés d'examen, pour qu'on puisse en tirer quelque interprétation.

(1) J. DEJERINE, *Sem. méd.*, 1899, p. 250.

*
* *

IV. — On voit qu'en résumé l'agnosie tactile, étroite ou très étendue, passagère ou permanente, profonde ou superficielle, ressortit essentiellement aux troubles sensitifs qui la conditionnent, et qu'elle extériorise en les dissimulant parfois ; tout à fait secondairement à l'altération motrice insuffisante ; plus accessoirement encore, à titre spécialisé tout au moins, à l'affaiblissement intellectuel. Elle représente en somme assez justement l'expression synthétique à la périphérie des multiples déficits individuels, subis par les multiples sensibilités, superficielles ou profondes dont les résultats s'additionnent, ou plus exactement se multiplient, dans l'acte commun du palper.

Elle est la traduction clinique, en règle ordinaire, à la main, d'une altération lésionnelle, à siège essentiellement variable sur la voie sensitive, essentiellement variable aussi dans sa nature et dans ses causes.

A parcourir l'ensemble des observations rapportées, on s'aperçoit aisément qu'à quitter la périphérie, jusqu'à la corticalité, on observe indifféremment la lésion presque à chaque étage :

Périphérique, tronculaire, radiculaire, médullaire, bulbaire, protubérantielle, pédonculaire, sous-thalamique ou thalamique, sous-corticale ou cortical.

Mais, où qu'elle ait frappé, du tégument au centre, on n'attendra rien, pour situer l'altération, de l'agnosie tactile, sous quelque angle qu'on la considère, intensité, durée, siège, étendue, mode, évolution, etc.

On conçoit aisément toutefois qu'on n'ait pu délibérément abandonner l'espoir d'utiliser ses formes à séparer, d'avec l'altération centrale, une altération limitée du cortex, ou même à préciser la localisation d'une altération corticale. Les neurologues et les chirurgiens américains particulièrement ont

travaillé dans cette espérance. Il y faut renoncer désormais. M. Dejerine a définitivement montré qu'entre la lésion thalamique et la lésion corticale, à considérer la seule agnosie, rien n'autorisait le moindre départ, ni l'intensité, ni la localisation, ni l'étendue, ni l'évolution des troubles observés.

On sait aussi qu'à la corticalité, surajoutée par exemple à l'épilepsie jacksonnienne, l'agnosie n'apporte à la localisation aucun renseignement plus précis, et qu'elle a tout au plus la valeur d'exprimer l'altération du manteau gris sensitif, tout au plus, en cas d'intervention, peut-elle indiquer l'attentif examen des circonvolutions rolandiques, en particulier l'examen de la circonvolution pariétale ascendante, centre commun vraisemblablement primordial des sensations élémentaires qui ressortissent à la sensibilité générale.

En résumé, l'agnosie tactile a pour unique intérêt l'intérêt qui s'attache aux altérations qui la conditionnent. On peut toutefois, vu sa délicatesse et sa précocité d'apparition, la considérer comme un bon procédé qui les mette en évidence — et par là même invite à l'examen soigneux des sensibilités élémentaires, aux cas où quelquefois on l'eût peut-être négligé. On se souviendra cependant des considérations qu'elle inspire à Morton Prince : « Les termes asymbolie tactile et astéréognosie tactile doivent, à ce que je crois, ou bien être éliminés de notre vocabulaire, ou gardés pour symboliser les altérations complexes de la sensibilité... S'ils sont retenus, ils devront servir uniquement à désigner commodément l'examen soigneux des diverses formes de la sensibilité. Le danger de pareils mots c'est qu'ils tendent à s'opposer par leur usage à l'examen soigneux des sensibilités particulières, et qu'ils conduisent à l'erreur en matière de localisations cérébrales (1). »

(1) MORTON PRINCE, *The journ. of nerv. and ment. dis.*, 1908.
Vouters

CONCLUSIONS

I. — On appelle *identification tactile* la faculté de reconnaître intégralement, à la palpation seule, un objet bien connu.

II. — On peut, schématiquement au moins, lui reconnaître deux temps : l'*identification primaire* et l'*identification secondaire*.

1° *Identification primaire ou sensorielle*. Il faut à nouveau reconnaître deux temps à l'identification primaire :

A. — La *collection des sensations* périphériques fournies par la sensibilité superficielle (tactile, douloureuse ou thermique) et la sensibilité profonde (osseuse, articulaire ou musculaire).

B. — Une *association dans l'espace* : association plus ou moins compliquée des sensations recueillies en jugements plus ou moins complexes (forme, dimensions, consistance ou poids) — avec *association dans le temps* : interassociation des sensations simples et des jugements complexes, aboutissant à la *représentation tactile* de l'objet, *perception stéréognostique*, ou jugement sur ses qualités tactiles.

2° *Identification secondaire ou intellectuelle*. Elle associe la représentation tactile ainsi constituée aux autres représentations sensorielles antérieurement acquises, à la représentation visuelle en particulier, aboutissant ainsi à la *représentation symbolique* de l'objet, qui se résume en son *nom*.

III. — On appelle *agnosie tactile*, au sens symptomatique, les troubles de la fonction d'identification tactile, *variables*

en intensité, depuis l'ignorance où peut demeurer le sujet qu'il tient un objet dans sa main jusqu'au plus ou moins léger retard d'une identification par ailleurs exacte, *variables en extension*, depuis la difficulté d'identifier quelque objet d'exception jusqu'à l'incapacité d'identifier aucun objet, si familier qu'il puisse être.

IV. — Il semble qu'on ait voulu, par esprit de symétrie, superposer la pathogénie des agnosies tactiles au mécanisme de l'identification tactile. On a décrit ainsi l'*agnosie primaire* et l'*agnosie secondaire*.

1° *Agnosie primaire ou sensorielle*. On a décrit à nouveau deux modalités à l'agnosie primaire.

A. — *Agnosie primaire de collection* par imperfection des sensations périphériques.

B. — *Agnosie primaire d'élaboration* par incapacité, spécialisée pour la reconnaissance tactile, souvent même unilatérale, d'associer les sensations simples, normales et normalement collectées. C'est l'*agnosie intracorticale* de Claparède, *agnosie de réception* de Verger, *astéréognosie* de Hoffmann, au sens étroit du mot — trop étroit pour les éléments qu'il englobe ici, mais qu'il peut conserver, à condition d'y joindre implicitement les autres (dimensions, consistance et poids), puisqu'il s'applique au plus important sans conteste d'entre eux (forme).

2° *Agnosie secondaire ou intellectuelle*. On a décrit aussi l'agnosie secondaire, pour la rapporter à l'incapacité d'associer la représentation tactile, absolument normale, aux autres représentations sensorielles antérieurement acquises. C'est l'*agnosie transcorticale* de Claparède, *agnosie d'association ou de conductibilité* de Verger, *asymbolie* de Finkelnburg.

V. — On peut trouver quelque avantage à schématiser

ainsi l'identification tactile. On n'en saurait avoir aucun à schématiser l'agnosie.

En passant du terrain psychologique au terrain pathologique en effet, on tend nécessairement à traduire en langage anatomique, à quoi tend la pathologie, le langage interprétatif et satisfaisant, à quoi tend la psychologie.

C'est ainsi qu'on arrive à chercher à quel centre intracortical, autonome et spécialisé, localiser la conservation d'une hypothétique image tactile et kinesthésique, nécessaire à l'agnosie tactile intracorticale — et quelle voie transcorticale, indispensable à l'agnosie transcorticale, unit un pareil centre au centre visuel et même aux autres centres sensoriels.

VI. — Or, en fait, si rien *à priori* n'interdit évidemment pareille interprétation, rien toutefois n'autorise à s'y ranger. Aucun fait anatomique ou clinique, à tout examiner, n'a jusqu'à présent fait sa preuve. Au contraire à bien considérer les faits jusqu'à présent rapportés à l'agnosie tactile intracorticale, ou même à l'asymbolie, on s'aperçoit qu'ils s'accompagnent tous d'*altérations sensibles*, qui conditionnent l'agnosie constatée.

VII. — C'est donc à l'apport insuffisant d'informations sensibles au sensorium intact par les collecteurs périphériques à sensibilité plus ou moins altérée (tantôt dans un mode, et tantôt dans l'autre, ou plus souvent dans les deux) qu'il faut rapporter l'*agnosie tactile* — assez grossièrement superposable à l'*anesthésie* : *dans l'espace*, atteignant les doigts qu'elle atteint, et *dans le temps*, apparaissant et disparaissant avec elle ; moins *dans l'intensité*, au moins apparemment, en raison des multiples combinaisons qu'affectent les altérations sensibles.

VIII. — Une *altération motrice*, à la périphérie, un trouble *intellectuel*, au centre, surajoutent leur action, secon-

daire, mais effective, à l'action nécessaire du trouble sensitif, mais sont insuffisants à déterminer seuls une agnosie tactile *à titre spécialisé*.

IX. — Il y a deux cas toutefois, mais qu'il faut éliminer des agnosies vraies, où l'agnosie peut apparaître indépendante, avec une intégrité sensitive absolue.

1° L'hémiplégie cérébrale infantile — agnosie par ignorance — à proprement parler trouble de la connaissance, et non de la reconnaissance tactile.

2° L'hystérie — agnosie suggérée ou agnosie simulée.

X. — L'agnosie tactile extériorise en symptôme, à la périphérie, la lésion sensitive anatomique, à siège périphérique, tronculaire, radiculaire, intra-central ou cortical ; mais en aucun cas, pas même au cortex, il n'en faut espérer la moindre indication, qui localise à l'étage altéré l'altération qui l'a fait apparaître.

Vu :

Le Président de la Thèse,
DEJERINE.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE DE LANGUE FRANÇAISE

- Aba (J.).** — *Etude clinique des troubles de la sensibilité générale, des sens musculaire et stéréognostique dans l'hémiplégie de cause cérébrale.* Thèse de Paris, 1896.
- Abadie.** — *Les localisations de la capsule interne.* Thèse de Bordeaux, 1900.
- Babinski (J.).** — Anesthésie organique, ses modalités suivant la hauteur que la lésion occupe dans la voie sensitive. *Académie de médecine*, 20 avril 1909.
- Bain.** — *Les sens et l'intelligence.* Traduction Cazelles.
- Ballet (G.).** — *Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau.* Thèse de Paris, 1881.
- Belfield-Lefèvre.** — *Recherches sur la nature, la distribution et l'organe du sens tactile.* Thèse de Paris, 1837.
- Bergson (H.).** — *Matière et mémoire*, 1896.
- Bloch (A. M.).** — Expériences relatives à la notion de position. *Société de biologie*, 1896, p. 81.
- Bonnier (P.).** — *Le vertige*, 1893.
- La pariétale ascendante. *Société de biologie*, 1894, p. 533.
 - Sens de l'orientation. *Société de biologie*, 1897, p. 1051.
 - Le sixième sens. *Revue scientifique*, mai 1898.
 - A propos du soi-disant sens musculaire. *Revue neurologique*, 1888, p. 17.
 - L'orientation, 1900.
 - Rapport de l'intuition spatiale avec les représentations intellectuelles. *Congrès de philosophie*, 1900.
 - Le sens des attitudes. *Revue philosophique*, juin 1901 ; *Société de biologie*, 1902, p. 326 et *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1902, p. 146.
 - *Le sens des attitudes*, 1904.
- Bouchaud.** — Perte du sens musculaire aux doigts des deux mains avec intégrité de la sensibilité des muscles de la main et de l'avant-bras. *Revue de médecine*, 1903, p. 339 et 968, 1904, p. 391.
- Bourdicaud-Dumay.** — *Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité générale, du sens musculaire et du sens stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale.* Thèse de Paris, 1897.
- Bourdon (B.).** — L'état actuel de la question du sens musculaire. *Revue scientifique*, 23 et 30 juillet 1904.

- Observations comparatives sur la reconnaissance, la discrimination et l'association. *Revue philosophique*, t. XL, p. 153.
- Bourdon (B.)** et **Dide (M.)**. — Etat de la sensibilité tactile dans trois cas d'hémiplégie organique. *Année psychologique*, 1905, t. XII, p. 40.
- Bourneville**. — De l'hémianesthésie liée à la lésion d'un hémisphère du cerveau. *Progrès médical*, 1873, p. 244.
- Boyer (de)**. — *Etude sur les lésions corticales*, 1879.
- Brecy (M.)**. — *Les troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie d'origine cérébrale*. Thèse de Paris, 1903.
- Brissaud (E.)**. — Des troubles de la sensibilité dans les hémiplégies d'origine corticale. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895, I, p. 539.
- Brissaud et Souques**. — Hémianesthésie, in Bouchard, *Traité de médecine*, IX, 1904, p. 121.
- Brown-Séquard**. — Recherches sur la localisation des conducteurs des impressions sensitives dans les diverses parties de l'encéphale et la pathogénie des anesthésies de cause encéphaliques. *Archives de physiologie*, 1889, p. 484.
- Carville et Duret**. — Sur les fonctions des hémisphères cérébraux. *Archives de physiologie*, 1875, p. 352.
- Charcot (J.-M.)**. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*.
- Charcot (J.-M.) et Pitres**. — *Les centres moteurs corticaux chez l'homme*, 1895.
- Chatin (P.)**. — Troubles trophiques et troubles de la sensibilité chez les hémiplégiques. *Revue de médecine*, 1900, p. 781.
- Cherechewski**. — *Le sens musculaire et le sens des attitudes*. Thèse de Paris, 1897.
- Chipault (A.)**. — Sur la valeur chirurgicale de l'épilepsie jacksonnienne. *Gazette des hôpitaux*, 1902, p. 609.
- Chrétien (R.)**. — *De la perception stéréognostique*. Thèse de Paris, 1902.
- Claparède (E.)**. — *Du sens musculaire à propos de quelques cas d'hémiparésie post-hémiplégique*. Thèse de Genève, 1897.
- Perception stéréognostique et stéréognosie. *Intermédiaire des biologistes*, 5 août 1890 et *Année psychologique*, 1898, V, p. 65.
- La perception stéréognostique dans deux cas d'hémiplégie cérébrale infantile. *Journal de physiologie et de pathologie générales*, 1899, p. 1001.
- Les sensations de poids chez quelques malades hypokinesthésiques. *Société de biologie*, 1899, p. 134.
- Revue générale de l'agnosie. *Année psychologique*, 1899, VI, p. 74.
- Avons-nous des sensations spécifiques de position des membres? *Année psychologique*, 1900, VII, p. 249.
- Agnosie et asymbolie, à propos d'un soi-disant cas d'aphasie tactile. *Revue de neurologie*, 1906, p. 803.
- Claparède (E.) et Markova (K.)**. — Sur la perception des formes par le toucher. *Archives des sciences physiques et naturelles*, juillet 1900.
- Claude (H.) et Jacob (L.)**. — Sclérose en plaques avec abolition de certains

- réflexes tendineux et troubles des perceptions stéréognostiques localisés à une main. *Revue neurologique*, 1909, p. 356.
- Claude (H.) et Rose (F.)**. — Néoplasme cérébral, début par hémianopsie suivi six mois après par un syndrome thalamique avec hémiplégie. *Revue de neurologie*, 1907, p. 183.
- Courgeon**. — *L'exploration physiologique et clinique du sens musculaire*. Thèse de Paris, 1901.
- Dejerine (J.)**. — Sur un cas d'hémianesthésie de la sensibilité générale chez un hémiplégique. *Archives de physiologie*, 1890.
- Contribution à l'étude des localisations sensitives de l'écorce. Sur un cas d'hémiplégie avec hémianesthésie de la sensibilité générale et perte du sens musculaire par lésion corticale. *Revue neurologique*, 1893, p. 50.
- *Anatomie des centres nerveux*, 1899.
- De l'hémianesthésie d'origine cérébrale. *Semaine médicale*, 1899, p. 249.
- De l'hémianesthésie dite capsulaire et de l'hémianesthésie corticale. *Indépendance médicale*, 1899.
- Séméiologie du système nerveux. Troubles de la sensibilité, in BOUCHARD, *Traité de pathologie générale*, t. V, 1900, p. 868 et particulièrement, p. 888.
- Considérations sur la soi-disant aphasia tactile. *Revue neurologique*, 1906, p. 597. Discussion par F. Raymond. *Revue neurologique*, 1906, p. 533.
- A propos de l'agnosie tactile. *Revue neurologique*, 1907, p. 781.
- Dejerine (J.) et Chiray**. — Sur un cas de perte du sens stéréognostique à topographie radiculaire. *Revue neurologique*, 1904, p. 502.
- Dejerine (J.) et Egger (Max)**. — Sur un cas de perte du sens stéréognostique avec intégrité de la sensibilité tactile. *Revue neurologique*, 1899, p. 391. Discussion par E. Brissaud et P. Marie. *Revue neurologique*, 1899, p. 893.
- Contribution à l'étude de la physiologie pathologique de l'incoordination motrice. *Revue neurologique*, 1903, p. 397.
- Dejerine (J.) et Long (E.)**. — Sur la connexion de la couche optique avec la corticalité cérébrale. *Société de biologie*, 1898, p. 1131.
- Sur la localisation dans l'hémianesthésie dite capsulaire. *Société de biologie*, 1898, p. 1174.
- Dejerine (J.) et Roussy (G.)**. — Le syndrome thalamique. *Revue neurologique*, 1906, p. 531.
- Dide et Botcazo**. — Amnésie continue, cécité verbale pure, perte du sens topographique, ramollissement double du lobe lingual. *Revue neurologique*, 1902, p. 696.
- Dide (M.) et Durocher (A.)**. — Un cas de syndrome thalamique avec autopsie. *Revue neurologique*, 1904, p. 802.
- Dufour (E.)**. — Abolition totale de la perception stéréognostique avec légers troubles des sensibilités élémentaires de la main droite chez un tuberculeux ne présentant aucun trouble moteur. *Société médicale des hôpitaux*, 1902, p. 893.

- *Séméiologie des maladies du système nerveux*, 1902, p. 140 et 152.
- Dupré (E.)**. — Psychopathies organiques : Agnosie et apraxie, in GILBERT-BALLET, *Traité de pathologie mentale*, 1903, p. 1092.
- Mal de Pott sous-occipital traumatique. *Revue neurologique*, 1903, p. 733.
- Egger (Max)**. — La fonction gnosique. *Revue neurologique*, 1907, p. 420.
- La baresthésie. *Revue neurologique*, 1907, p. 504.
- Féré (Ch.)**. — Expériences relatives à la notion de position. *Société de biologie*, 1896, p. 61.
- Gasne (G.)**. — Sens stéréognostique et centres d'association. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1898, p. 46.
- Gerdy**. — Sensations de tact et sensations cutanées. *Académie de médecine*, 1842.
- Grasset (J.)**. — *Des localisations dans les maladies cérébrales*.
— *Les maladies de l'orientation et de l'équilibre*, 1901.
- Hamaide**. — *Etude clinique des anesthésies par lésion en foyer de l'écorce cérébrale*. Thèse de Paris, 1888.
- Henri (V.)**. — Recherches sur la localisation des sensations. *Archives de physiologie*, 1893.
- Recherches sur la localisation des sensations tactiles. *Année psychologique*, 1896, III.
- Revue générale sur le sens du lieu de la peau. *Année psychologique*, 1896, III.
- Nouvelles recherches sur la localisation des sensations tactiles. *Société de biologie*, 1896, p. 1105.
- Les perceptions de l'espace par le toucher. *Année psychologique*, 1897, IV, analyse.
- *Année psychologique*, 1898, V, p. 428 et 454.
- Revue générale sur le sens musculaire. *Année psychologique*, 1899, VI.
- La notion de l'espace et le sens du toucher. *Revue neurologique*, 1900, p. 74, analyse.
- Henri et Lapique**. — L'expérience du compas de Weber et la localisation tactile. *Société de biologie*, 1903.
- Kant (E.)**. — *Critique de la raison pure et critique de la raison pratique*. Traduction.
- Klippel (M.)**, **Serguéieff (D.)** et **Weil (M.-P.)**. — Hémiplegie cérébrale avec troubles marqués de la sensibilité. *Revue neurologique*, 1908, p. 694.
- Lafforgue**. — *Etude sur les rapports des lésions de la couche optique avec l'hémianesthésie d'origine cérébrale*. Thèse de Paris, 1877.
- Lamacq.** — *Etude critique du sens musculaire*. Thèse de Bordeaux, 1891.
- Landry**. — Recherches sur les sensations tactiles. *Archives générales de médecine*, 1852, p. 261.
- Legroux et de Brun**. — Etat de la sensibilité dans l'hémiplegie cérébrale. *Encéphale*, 1884, p. 263 et 403.
- Lejonne (P.)** et **Egger (Max)**. — Hémianesthésie d'origine corticale probable. *Revue neurologique*, 1906, p. 571.

- Lépine (R.).** — *De la localisation dans les maladies cérébrales.* Thèse d'agrégation, 1873.
- Sur un cas d'agnosie. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1904, p. 163.
- Long (E.).** — *Les voies centrales de la sensibilité générale.* Thèse de Paris, 1899.
- Marbé (S.).** — La sensibilité stéréognostique et l'asymbolie aux membres inférieurs. *Revue neurologique*, 1908, p. 351.
- Markova (K.).** — *Contribution à l'étude de la perception stéréognostique.* Thèse de Genève, 1900.
- Marie (P.).** — Hémiplégie : Sensibilité, BROUARDEL et GILBERT. *Traité de médecine*, t. VIII, p. 489.
- Nodet (V.).** — *Les agnosies, la cécité psychique en particulier.* Thèse de Lyon, 1899.
- Noïca (M.).** — A propos d'un cas d'aphasie tactile. *Revue neurologique*, 1906, p. 1022.
- et **Avramescu (P.).** — Sur la perte du sens stéréognostique à topographie radiculaire dans quatre cas de tabes. *Revue neurologique*, 1906, p. 99.
- Sur deux cas de perte du sens stéréognostique à topographie nerveuse. *Revue neurologique*, 1906, p. 592.
- Pitres.** — Sur l'hémianesthésie d'origine cérébrale et sur les troubles de la vue qui l'accompagnent. *Gazette médicale de Paris*, 1876, p. 362.
- Raymond.** — *Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomatiques.* Thèse de Paris, 1876.
- Raymond (F.).** — *Clinique des maladies du système nerveux*, t. I, p. 15 ; t. II, p. 268 ; t. III, p. 298.
- et **Max Egger.** — Un cas d'aphasie tactile. *Revue neurologique*, 1906, p. 371.
- Rendu.** — *Des anesthésies spontanées*, thèse d'agrégation, 1875.
- Reymond.** — Hémianesthésie dans l'hémiplégie consécutive à un traumatisme cérébral n'intéressant que les faisceaux sensitifs. *Société anatomique*, 1892, p. 3.
- Rigollet.** — *Contribution à l'étude de l'hémianesthésie organique.* Thèse de Lyon, 1900.
- Rose (F.) et Max Egger.** — Stéréognosie et asymbolie tactile. *Semaine médicale*, 1908, p. 517.
- Rose et François.** — Sclérose en plaques avec astéréognosie absolue sans troubles de la sensibilité superficielle. *Encéphale*, 1908, 1^{er} semestre, p. 40.
- Roussy (G.).** — *La couche optique : le syndrome thalamique.* Thèse de Paris, G. Steinheil, 1907, et *Semaine médicale*, 1907, p. 213.
- Deux nouveaux cas de lésions de la couche optique suivis d'autopsie. *Revue neurologique*, 1909, p. 301.
- Sallier (G.).** — Sens musculaire, revue critique. *Archives de neurologie*, 1887, p. 81.
- Souques (A.).** — Dissociation « cutané-musculaire » relative de la sensi-

- bilité et astéréognosie, à propos d'un cas de lésion du bulbe. *Revue neurologique*, 1900, p. 225.
- Soury (J.)**. — Les fonctions du cerveau. *Archives de neurologie*, 1891.
- Le faisceau sensitif. *Revue générale des sciences*, 1894.
- Localisation cérébrale de la sensibilité générale. *Revue générale des sciences*, 1894.
- Le lobe occipital et la vision mentale. *Revue philosophique*, 1895, p. 560.
- Cécité corticale. *Revue philosophique*, 1896, p. 243.
- *Le système nerveux central*, 1899.
- Spencer (H.)**. — *Psychologie*, II. Traduction.
- Taine (H.)**. — *De l'intelligence*, II.
- Thomas (A.)**. — Des troubles radiculaires des sensibilités superficielles et profondes dans un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine traumatique. *Revue neurologique*, 1904, p. 623.
- Thomas (A.) et Chiray**. — Sur un cas de syndrome thalamique. *Revue neurologique*, 1904, p. 505.
- Toulouse et Vaschide**. — Nouvelle méthode pour la mesure de la sensibilité stéréognostique tactile. *Académie des sciences*, 9 juillet 1900.
- Tripiier (R.)**. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'anesthésie produite par lésion des circonvolutions cérébrales. *Revue mensuelle de médecine et chirurgie*, 1880, IV, p. 19.
- Verger (H.)**. — *Des anesthésies consécutives aux lésions de la zone motrice*. Thèse de Bordeaux, 1897.
- Troubles de la sensibilité générale dans l'hémiplégie cérébrale vulgaire. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1897.
- Sur le sens musculaire à propos de quelques travaux récents. *Archives de neurologie*, 1899, VIII, p. 461 et 1900; IX, p. 32.
- Sur les troubles de la sensibilité générale consécutifs aux lésions des hémisphères cérébraux chez l'homme. *Archives générales de médecine*, 1900, 2^e semestre, p. 513 et 641.
- Sur le sens musculaire, revue critique. *Archives de neurologie*, 1900, p. 32.
- Sur la valeur séméiologique de la stéréognosie. *Revue neurologique*, 1902, p. 1201.
- Verger et Abadie**. — Sur un cas de stéréognosie au cours d'une polynévrite. *Société de biologie*, 1903, p. 487.
- Veyssière**. — Recherches expérimentales à propos de l'hémianesthésie de cause cérébrale. *Archives de physiologie*, 1894.
- *Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale*. Thèse de Paris, 1874.
- Virenque**. — *De l'hémianesthésie*. Thèse de Paris, 1894.

BIBLIOGRAPHIE DE LANGUE ALLEMANDE

- Bonhoeffer (H.).** — Casuistische Beiträge zur Hirnchirurgie und Hirnlocalisation. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1898, Bd III.
- Ueber das Verhalten der Sensibilität bei Hirnrinden-Läsionen. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1904, Bd XXVI.
- Dubbers.** — Ein Fall von Tastlähmung, *Neurologisches Centralblatt*. 1897, p. 61.
- Ferenezi.** — Ueber das sensible Gebiet der Gehirnrinde. *Pester medizinisch chirurgische Presse*, 2, 9, 16 août 1903.
- Fischer (O.).** — Ueber Folgezustände kleinster Läsionen im Bereiche des motorischen Armcentrums nebst einem Beitrag zur Cysticercosis cerebri. *Monatsschrift für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1902.
- Foerster (O.).** — Untersuchungen ueber das Localisationsvermögen bei Sensibilitätsstörungen. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Bd. XVIII.
- Frey (E.).** — Zwei Fälle mit Defect der stereognostischen Sinnes. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1902.
- Fuchs (A.).** — Neurologische Kasuistik : Eigentümliche Sensibilitätsstörung (Tastlähmung) bei Polyneuritis. *Wiener klinische Wochenschrift*, 13 août 1908.
- Guillery.** — Messende Untersuchungen ueber den Formensinn. *Pflüger's Archiv*, Bd. LXXV.
- Heilbronner.** — Ueber asymbolie, *Psychiatrischen Abhandlung*, 1897.
- Henri (V.).** — Ueber die Raumwahrnehmungen Tarstsinnes, 1897.
- Hoffmann (H.).** — Stereognostische Versuche angestellt zur Ermittlung der Elemente des Gefühlssinnes aus denen die Vorstellung der Körper im Raume gebildet Werden. Inaugural-dissertation Strassburg, 1883, et *Deutsches Archiv für klinische Medizin*, 1884, Bd. XXXV und XXXVI.
- Kattwinkel.** — Die Schrift in die hand ; im Beitrag zur Lehre von Schriftzentrum. *Deutsches Archiv für klinische Medizin*, 1898, Bd LXI.
- Kramer (F.).** — Die kortikale Tastlähmung. *Monatsschrift für Psychiatrie, und Neurologie*, 1906, Bd. XIX.
- Kutner (R.).** — Ueber isolierte cerebrale Sensibilitätsstörungen. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1909, Bd XVII.
- Von Monakow (C.).** — *Gehirnpathologie*, 1903.
- Liepmann (H.).** — Agnostische Störungen : 3 Taktile Agnosie (Tastlähmung), in H. CURSCHMANN, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, p. 486.
- Agnostische Störungen. *Neurologisches Centralblatt*, 1908, 1^{er} et 16 juillet.
- Muller (F.).** — Ueber Störungen der Sensibilität bei Erkrankungen des Gehirns. *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, 1905, nos 354-355 ; *Innere Medizin*, nos 118-119.
- Oppenheim (H.).** — *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 1908.
- Pick.** — Beiträge zur Pathologie und pathologische Anatomie des Centralnervensystems, 1898.

- Posio (E.).** — Die kortikale Localisation der Asymbolie. *Neurologisches Centralblatt*, 1908.
- Puchelt.** — Ueber partielle Empfindungs lähmung. *Medicinische Annalen*, 1844, Bd. X, Heft IV.
- Redlich (E.).** — Ueber Störungen des « Muskelsinnes » und des Stereognostischensinnes bei der cerebralen Hemiplegie. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1893, 15, 22, 27 juillet.
- Riegner.** — Extirpations eines Hirntumors. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1894, n° 23.
- Sachs (H.).** — Vorträge ueber Bau und Thätigkeit der Grosshirns, 1893.
- Das Gehirn des Foersterschen Rindenblenden. *Arbeiten aus der Psychiatrischen Klinik*, in Breslau, 1895, Heft II.
- Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen. *Psychiatrischen Abhandlung*, 1897.
- Schittenhelm (A.).** — Untersuchungen ueber das Localisationsvermögen und das stereognostische Erkennen. *Deutsches Archiv für klinische Medizin*, 1905, Bd. LXXXV.
- Vorster (J.).** — Beitrag zur Kenntniss der optischen und tactilen Aphasie, *Archiv für Psychiatrie*, 1898.
- Wernicke (C.).** — Grundriss der Psychiatrie; psychophysiologische Einleitung, 1894.
- Zwei Fälle von Rindenläsion. *Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik in Breslau*, 1895, Heft II.
- Wolff.** — Ueber Krankhafte Dissoziation der Vorstellungen, 1897.

BIBLIOGRAPHIE DE LANGUE ANGLAISE

- Bullard (W.-N.).** — The value of astereognosis as a localizma symptom in cerebral affections. *The journal of nervous and mental disease*, avril 1904.
- Burr (C.-W.).** — A case of tactile amnesia and mind-blindness. *The journal of nervous and mental disease*, mai 1897.
- A case of psychic anesthesia. *The journal of nervous and mental disease*, janvier 1898.
- Stereognosis and allied conditions. *The American journal of the medical sciences*, mars 1901.
- Mac Connell (J.-W.).** — A case of probable tumor of the brain of parieto-occipital location. *The journal of nervous and mental disease*, mars 1907.
- Dana (C.-L.).** — The cortical representation of the cutaneous sensations. *The journal of nervous and mental disease*, octobre 1888.
- The localization of cutaneous and muscular sensations and memories. *The journal of nervous and mental disease*, décembre 1894.
- Dercum (F.-X.).** — Tumor of the oblongata presenting ataxia and astereognosis as the most prominent early symptom. *The journal of nervous and mental disease*, août 1899.

- Studies in astereognosis. *The journal of nervous and mental disease*, novembre 1900.
- Diller (T.).** — Two cases of astereognosis. *Brain*, 1901, 4.
- Major.** — Cutaneous perceptions of form. *American journal of psychology*, X.
- Mills (C. K.).** — The separate localization in the cortex and subcortex of the cerebrum of the representation of movements and of muscular and cutaneous sensibility. *The journal of nervous and mental disease*, novembre 1901.
- Mills (C.-K. and Reen (W.-W.) and Spiller (W.-S.).** — Tumor of the superior parietal circonvolution accurately localized and removed by operation. *The journal of nervous and mental disease*, mai 1900.
- Mills (C.-K.) and Weisenburg (T.-H.).** — The subdivision of the representation of cutaneous and muscular sensibility and of stereognosis in the cerebral cortex. *The journal of nervous and mental disease*, octobre 1906.
- Morton Prince.** — A study in tactual localization in a case presenting astereognosis and asymbolia due to injury to the cortex of the brain. *The journal of nervous and mental disease*, janvier 1908.
- Tactile localization and symbolia; have they localization in the cerebral cortex. *The journal of nervous and mental disease*, janvier 1908.
- Nichols (H.).** — Our notions of member and space, 1894, Boston.
- Olmsted (J.).** — A case of cerebral ataxia effecting chiefly the right upper extremity, with marked involvement of the stereognostic sense. *The journal of nervous and mental disease*, décembre 1898.
- Remrie.** — A clinical lecture on astereognosis in tabes dorsalis. *British medical journal*, 1903.
- Rhein (J.-H.-W.).** — A case of exhibiting agnosia confined to the left hand. *Medical Record*, 30 mai 1908.
- Sailer (J.).** — A contribution to the knowledge of the stereognostic sense. *The journal of nervous and mental disease*, mars 1899.
- Taylor (E.-W.).** — Brain tumor with astereognosis. *The journal of nervous and mental disease*, mars 1904.
- Teller (W.-H.) and Dercum (D.-X.).** — A case of astereognosis resulting from injury of the brain in the superior parietal region. *The journal of nervous and mental disease*, août 1901.
- Walton (G.-L.) and Paul (W.-E.).** — The clinical value of astereognosis and its bearing upon cerebral localization. *The journal of nervous and mental disease*, avril 1901.
- Weisenburg (T.-H.).** — Astereognosis without motor or sensory involvement. *The journal of nervous and mental disease*, mars 1907.
- Williamson (R.-T.).** — On « touch paralysis » or the morbidity to recognize the nature of objects by tactile impressions. *British medical journal*, 25 septembre 1897.
- On loss of the stereognostic sense. *Medical Chronicle*, 1899 et *British medical journal*, 9 décembre 1899.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER	7
CHAPITRE II.	16
Observations personnelles	16
Observations de langue française	37
Observations de langue allemande.	85
Observations de langue anglaise	103
CHAPITRE III. — <i>L'agnosie tactile. — Ses limites.</i>	120
CHAPITRE IV. — <i>L'agnosie tactile. — Sa nature.</i>	134
§ 1. — Agnosie tactile à déficit moteur important	134
§ 2. — Agnosie tactile à déficit sensitif important	139
§ 3. — Agnosie tactile à déficit sensitif inaperçu.	148
CONCLUSIONS	179
BIBLIOGRAPHIE	183

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).
